December 4, 2017

Dear Parent/Guardian:

During the week of December 11, 2017, our school will participate in a scoliosis screening program to identify students with signs of a possible abnormal curvature of the spine. It is known that two children out of every 100 may have scoliosis. If this condition is detected early and appropriately treated, progressive spinal deformity can usually be prevented.

The procedure for screening is a simple test in which the trained screener looks at the child’s back in the standing position and while bending forward. Boys and girls are screened separately. Girls should wear a bra, sports bra, or bathing suit under their clothes on the day of screening. A second screening will be held on a separate date to screen students that were absent or found to have a possible curve during the initial screening. Initial screenings are conducted by your child’s PE/Health teacher. If the need for a secondary screening arises, this will be done by the Cobb / Douglas Public Health Nurses and/or Cobb County Consulting Nurses. In order to minimize any uneasiness, a video on scoliosis screening in schools will be shown to the students prior to the screening date.

If your child has a suspected curvature, you will be notified, by mail, with recommendations regarding further evaluation of your child. If your child is currently under the care of a doctor or if you **do not** want your child to be screened, please complete the information below and return this form to the school.

Sincerely,

Chris Salter

Principal

I **DO NOT** WANT MY CHILD TO BE SCREENED FOR SCOLIOSIS THIS SCHOOL YEAR.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHILD’S NAME: (PLEASE PRINT)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCHOOL: 1st Period CONNECTION TEACHER:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARENT’S SIGNATURE: DATE:

Desembre 14, 2017

Estimado padre/tutor:

Durante la semana de Diciembre 11,2017, nuestra escuela estará participando en el programa de evaluaciones de escoliosis para identificar aquellos estudiantes que posiblemente tengan una curvatura anormal en la columna vertebral. Estudios indican que dos de cada 100 estudiantes pudieran tener escoliosis. Si esta condición es detectada a tiempo y es evaluada de manera apropiada, la deformación progresiva de la espina dorsal puede ser prevenida.

Para este procedimiento, una persona entrenada en este tipo de evaluaciones observa la espalda del estudiante estando de pie (recto(a)) y luego cuando éste se dobla hacia adelante. Ésta observación se realizará separando niños y niñas durante la evaluación. El día de la evaluación recomendamos, que las niñas usen un brasier o sostén deportivo, o un traje de baño debajo de la ropa. Efectuaremos una segunda evaluación más adelante, para evaluar estudiantes que estuvieron ausentes ese día, o para evaluar de nuevo a aquellos estudiantes que durante la evaluación inicial hayan presentado una posible curvatura en la columna vertebral. La evaluación inicial la realizará el maestro de educación física/maestro de salud. Si durante la evaluación inicial se determina la necesidad de hacer una segunda evaluación, ésta la realizará un(a) enfermero(a) del departamento de salud pública del condado de Cobb/ Douglas y/o un(a) enfermero(a) asesor(a) certificado(a) por el condado de Cobb. Sabemos que ésta evaluación pudiera generar un nivel de ansiedad/inquietud a los estudiantes, estaremos presentando antes de la fecha de la evaluación, un video del procedimiento de la evaluación de la escoliosis con la finalidad de reducir la ansiedad. Si se sospecha que su niño(a) tiene una curvatura en la columna vertebral, le notificaremos por correo el resultado de la misma junto con recomendaciones para que su niño(a) sea sometido a evaluaciones adicionales. Si actualmente su niño(a) se encuentra bajo el cuidado de un proveedor de salud o médico, o si **usted no quiere** que su niño(a) sea evaluado, por favor complete la información que solicitamos a continuación y devuelva la porción que aparece a continuación.

Atentamente,

Chris Salter

Director

YO **NO QUIERO**  QUE MI NIÑO(A) SEA EVALUADO ESTE AÑO ESCOLAR.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (LETRA IMPRENTA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESCUELA Profesor de conexión de primer período (CONNECTION)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE Mes día año