October 4, 2018

Estimado padre/tutor:

Durante la semana de October 15, 2018, nuestra escuela estará participando en el programa de *(Date for the screening)* 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 MAESTRO(A) DEL SALÓN HOGAR 1st Connection)

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

FIRMA DEL PADRE Mes día año

**POR FAVOR DEVOLVER EL LUNES, Friday, October 12, 2018**