

Fecha \_\_\_\_\_  
(Date)

Estimados padres de familia:

En las próximas dos semanas se llevará a cabo, en la escuela secundaria intermedia de su niño, un examen anual para detectar la escoliosis e identificar a los niños que puedan tener curvaturas anormales en la columna vertebral. El examen se hace cada año en los grados de la escuela secundaria intermedia, tal como lo requieren las normas de la Ley Estatal, del Departamento de Recursos Humanos y del Departamento de Educación Estatal. Usted puede optar por no participar en que se le realice el examen a su estudiante, al firmar y devolver este formulario.

**\*\*Si su niño ha sido examinado por un proveedor de atención médica o está bajo el cuidado de un médico por escoliosis, envíe completo el formulario 4400.**

La escoliosis afecta del dos al tres por ciento de la población adolescente. La deformidad progresiva de la columna vertebral se puede prevenir si esta condición se detecta temprano y se recibe el tratamiento apropiado. El procedimiento para el examen es una simple prueba de observación, en la cual el evaluador (estudiante de enfermería, docente de la escuela de enfermería, enfermera escolar) observa la espalda del niño mientras permanece de pie y cuando se incline hacia adelante. Los niños y las niñas serán observados por separado. **Las niñas deben usar un brasier (sostén) deportivo o la parte superior de un traje de baño de dos piezas.** Si las niñas usan una camiseta ligera el examen no será preciso.

El Departamento de Salud Pública del Condado de Gwinnett le notificará si se sospecha que su niño tiene una curvatura anormal en la columna. Si este es el caso, el Departamento de Salud le dará información para que su niño sea evaluado más a fondo.

**Si su niño está ausente el día del examen, comuníquese con el departamento de salud local o su pediatra para que le hagan el examen.**

**Si usted no desea que su niño sea examinado, por favor complete la información que se encuentra a continuación y devuelva esta hoja a la escuela.**

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Director o Maestro (Principal/Teacher)

\*\*\*\*\*

**NO QUIERO QUE SE EXAMINE A MI NIÑO EN LA ESCUELA, CON EL PROPÓSITO DE DETECTAR LA ESCOLIOSIS.**

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de imprenta el nombre del estudiante (Name of Student)

\_\_\_\_\_  
**Grado** (Grade)

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre de familia o tutor** (Signature of Parent/Guardian)

\_\_\_\_\_  
**Fecha** (Date)

**Escuela** (School): \_\_\_\_\_

**Maestro del curso** (Homeroom Teacher): \_\_\_\_\_