

Screening Date: March 11, 2024

Dear Parent:

In the next two weeks scoliosis screening will take place at your child’s middle school to identify children with suspected abnormal curvature of the spine. The screening is done yearly in the middle school grades as required by State Law, Department of Community Health and State Department of Education guidelines. You may opt out of screening for your student by signing and returning this form.

****If your child has been screened by a health care provider or is under the care of a physician for scoliosis, please submit the completed 4400 form.**

Scoliosis affects two to three percent of the adolescent population. If the condition is detected early and appropriately treated, progressive spine deformity can be prevented. The procedure for screening is a simple observation test in which the screener (student nurse, nursing school faculty, school nurse) looks at the child’s back in the standing position and the forward bending position. Boys and girls are screened separately. **Girls should wear a sports bra or bathing suit top.** Accurate screening cannot be performed if girls are wearing camisoles.

If your child has a suspected curvature on initial screening, you will be notified by the Gwinnett County Department of Public Health. The Health Department will also provide information regarding further evaluation in the case of a suspected curvature.

If your child is absent on the day of screening, please contact your local health department or pediatrician for screening.

If you do not want your child to be screened, you must complete the requested information below and return this form to the school.

Sincerely,

Principal/ Teacher

I DO NOT WANT MY CHILD TO BE SCREENED FOR SCOLIOSIS AT SCHOOL

Print Name of Student

Grade

Signature of Parent/Guardian

Date

School: _____

Homeroom Teacher: _____

Fecha de Proyeccion: 11 de Marzo 2024

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): _____

SCOLIOSIS SCREENING FORM

Grade: _____ Homeroom: _____ Student ID: _____

Student's last name: _____ First name: _____

Date of Birth: _____ Race/Ethnicity: _____ Gender: _____

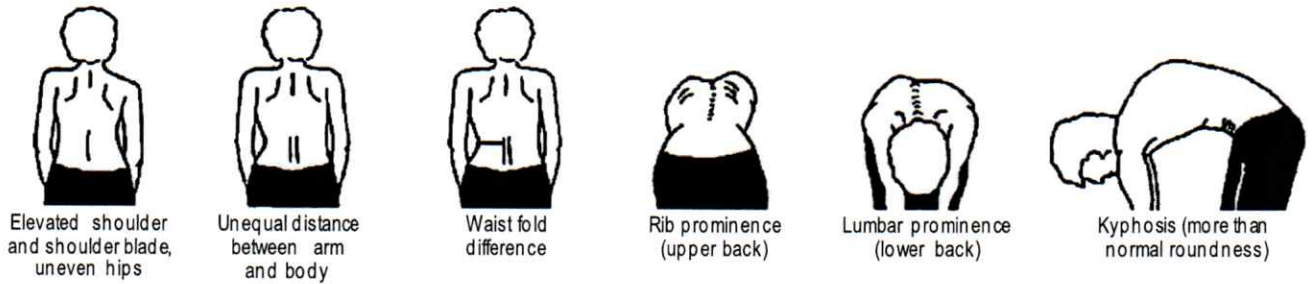
Name of parent/guardian: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip code: _____

Phone number: _____

Name of school: _____ District: Gwinnett County Public Schools Date of Screening: _____



	Primary Screener		Secondary Screener	
	Left	Right	Left	Right
Front				
Shoulder elevated				
Unequal distance arm to body				
Uneven hips				
Rib prominence				
Lumbar prominence				
Back				
Shoulder elevated				
Shoulder blade elevation/prominence				
Waist fold difference				
Unequal distance arm to body				
Rib prominence				
Lumbar prominence				
Side				
Kyphosis—more than normal roundness	Yes	No	Yes	No

Negative _____ Refer for second screening _____

Screener's name (print) _____

Check one: School nurse Teacher Volunteer

Clinic assistant Other: _____

Screener notes: _____

Secondary screening date: _____

Negative _____ Referred _____

Screener's name (print) _____

Check one: School nurse Health professional

Other: _____

Screener notes: _____

Student declines secondary scoliosis screening

Nurse Signature

Date