

Forsyth County Schools does not discriminate on the basis of race, color, religion, national origin, age, disability, or gender in employment decisions or educational programs and activities.

## Programa General de Evaluación de Escoliosis Formulario de Rehuso

(Scoliosis Refusal Form)

Estimados Padres:

Durante las próximas semanas, nuestra escuela y el Departamento de Salud del Condado local conducirán Evaluaciones de Escoliosis para identificar a los niños con sospecha de tener una curvatura en la columna vertebral. En Georgia, evaluaciones de escoliosis son requeridas por la ley en por lo menos dos grados- sexto, séptimo u octavo; estaremos evaluando a estudiantes de séptimo y octavo grado.

De acuerdo a la información que tenemos disponibles, de siete a diez niños de cada 100 puede desarrollar escoliosis; y uno de cada tres requerirá tratamiento. Si esta condición es detectada temprano y tratada apropiadamente, la progresión de la deformidad de la columna puede ser prevenida.

La Evaluación de Escoliosis es un proceso simple y sin dolor que solo toma aproximadamente 30 segundos. Los niños y las niñas simplemente removerán sus camisetas para la evaluación; las niñas y niños serán evaluados por separado. Una persona entrenada para reconocer la escoliosis observa la columna del Niño/a- primero con el Niño/a de pie y luego con el Niño/a doblándose hacia delante y alejado del evaluador. Si la espalda, los hombros o las caderas del Niño/a parecen estar desiguales, el evaluador/a recomendará más seguimiento para determinar si se presenta la escoliosis. Recibirá por correo una Notificación para Padres y Formulario de Referimiento si su Niño/a necesita que lo vea un doctor para más evaluación por escoliosis.

Si usted **NO** quiere que su Niño/a sea evaluado como hemos descrito arriba, complete la información mas abajo en el lado izquierdo de este Formulario. Si su Niño/a ya esta recibiendo cuidados médicos por problemas de la columna, por favor complete la información mas abajo en el lado derecho de este Formulario. Por favor regrese este Formulario a la escuela lo más pronto posible; antes de la fecha de la Evaluación para Escoliosis.

Sinceramente,

\_\_\_\_\_  
Director/Maestro

**No quiero que mi niño/a** sea evaluado/a para escoliosis

\_\_\_\_\_  
Escriba Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Escriba Nombre del Padre/ Madre

Otwell Middle School

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Escuela

\_\_\_\_\_  
Teacher

\_\_\_\_\_  
Grade

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Date

**Mi hijo/a** \_\_\_\_\_ **está actualmente** bajo cuidado medico/ observación por problemas de la columna

Escuela: Otwell Middle School

Maestro/a: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Tutor