



Queridas familias de CMSD:

En el Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland (CMSD), estamos comprometidos con el bienestar integral de cada estudiante, incluyendo su salud física, mental y emocional. Para garantizar que todos los estudiantes tengan acceso a atención médica esencial, CMSD ofrece con orgullo una amplia gama de servicios de salud para todos los estudiantes inscritos.

Los servicios médicos disponibles incluyen:

- Exámenes físicos para deportes, escuela y trabajo
- Vacunas
- Visitas de atención urgente para enfermedades comunes
- Manejo de condiciones crónicas
- Evaluaciones de bienestar infantil y servicios de salud para adolescentes
- Pruebas de laboratorio básicas

Los servicios de salud mental y conductual incluyen:

- Evaluaciones y derivaciones a servicios escolares
- Consultas de salud mental
- Grupos de apoyo adaptados a necesidades específicas (por ejemplo, género, jóvenes en riesgo)
- Apoyo de respuesta a crisis para escuelas afectadas por tragedias

Apoyos adicionales de salud: A través de nuestras valiosas asociaciones con MetroHealth y Cleveland Clinic, CMSD también ofrece:

- Unidades móviles de salud dentro de las escuelas
- Acceso a servicios de telesalud
- Suministros médicos y equipos de salud
- Clínicas escolares abiertas a la comunidad en:
 - Mound PK-8
 - Clara Westropp K-8
 - Glenville High School
 - Próximamente: Anton Grdina PK-8, John Marshall HS y John F. Kennedy HS

Estos servicios están diseñados para ser accesibles, confidenciales y apoyar el éxito general de su hijo/a en la escuela y en la vida.

Si usted **no desea** que su hijo/a sea elegible para participar en estos servicios de salud, por favor complete y devuelva la parte inferior de esta carta a la oficina principal de su escuela.

Para preguntas o más información, comuníquese con su escuela o directamente con el Departamento de Salud Integral al 216.838.0102. Gracias por colaborar con nosotros para mantener a nuestros estudiantes saludables, seguros y listos para aprender.

Atentamente,

Departamento de Salud Integral de CMSD

Formulario de Exclusión de Servicios de Salud

No deseo que mi hijo/a, _____, sea elegible para participar en
(Escriba claramente el nombre y grado del estudiante)
los servicios de salud ofrecidos durante el año escolar 2025-2026 en la escuela _____.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____