

## Permiso para Pruebas de Drogas al Azar a los Estudiantes en Waller ISD

Escuela: \_\_\_\_\_/Actividad \_\_\_\_\_

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

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_

Nosotros, \_\_\_\_\_ siendo los padres o guardianes del estudiante, \_\_\_\_\_ reconocemos que nuestro/a hijo/a participa en actividades extracurriculares en el Distrito Escolar Independiente Waller y como tal es requisito participar en el **Programa Obligatorio de Pruebas de Drogas**. También reconocemos que nuestro/a hijo/a estará participando en el **Programa Obligatorio de Pruebas de Drogas** si él o ella hace una solicitud para un permiso de estacionamiento en la escuela Waller High School.

Entendemos y estamos de acuerdo que la participación en las actividades extracurriculares y el tener un permiso de estacionamiento son privilegios que se pueden perder por violar las Políticas del Distrito Waller ISD.

El Distrito Escolar Independiente Waller estará haciendo pruebas de las siguientes drogas: anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepinas, marihuana, cocaína, etanol, xanax, metadona, opiatos, penciclidina, propoxifenos, y esteroides.

Reconocemos que hemos recibido una copia de la Política Local de Waller ISD acerca del Programa Obligatorio de Pruebas de Drogas al Azar para actividades extracurriculares de Waller ISD y para obtener un permiso de estacionamiento. Entendemos y estamos de acuerdo que estamos limitados por todas las provisiones indicadas en dicho programa tal y como existe y que puede ser modificado en el futuro. Hemos leído y entendido el programa de pruebas de drogas como se indica en la política. De esta manera damos consentimiento y estamos de acuerdo que nuestro/a hijo/a sea parte de las pruebas de este programa. Entendemos que la participación en actividades extracurriculares y el recibir un permiso de estacionamiento en Waller ISD están condicionados al consentimiento voluntario y participación en la política de pruebas de drogas.

Damos permiso al Oficial de Revisión Médica para que se ponga en contacto con el estudiante y padres si alguna prueba de drogas es positiva. El propósito del contacto con el Oficial de Revisión Médica es para encontrar si hay alguna razón potencial que el Oficial de Revisión Médica pudiera determinar que la prueba positiva sea negativa. Estamos conscientes que el proveedor u Oficial se pondrá en contacto con nosotros en referencia a una prueba positiva.

En consideración a los beneficios obtenidos para nuestro/a hijo/a y para nosotros debido a esta actividad, de esta manera damos permiso para que nuestro/a hijo/a participe en este programa. Además autorizamos a los oficiales, empleados, y agentes del laboratorio que WISD escoja usar que comuniquen los resultados de nuestro/a hijo/a tanto oralmente como por escrito a los administradores designados por Waller ISD. Entendemos que esta información **no** será parte del historial médico del estudiante. Entendemos que no se establece relación alguna de médico-paciente debido a la recolección de esta muestra de orina por el Laboratorio Certificado. También liberamos y descargamos a Waller ISD, sus empleados, comisionados, y oficiales de cualquier responsabilidad relacionada con la administración del programa de pruebas de drogas. Además, firmamos esta forma por nuestra propia libre voluntad y sin coerción alguna

**ESTA ES UNA FORMA LEGAL DE CONSENTIMIENTO Y DESCARGA. POR FAVOR LÉALA CON CUIDADO Y ASEGÚRESE QUE SUS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS ANTES DE FIRMAR.**

Firmado este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 200\_\_ en Waller, Harris County, Texas.

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres o guardianes

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres o guardianes

\_\_\_\_\_  
Teléfono durante el día

\_\_\_\_\_  
Teléfono durante el día

Yo, el estudiante mencionado arriba, reconozco que he leído este consentimiento y entiendo y estoy de acuerdo a seguir sus términos y los términos del programa de pruebas de drogas.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Estudiante

\_\_\_\_\_  
ID del Estudiante

- En el evento que el estudiante tenga 18 años o más, el estudiante está de acuerdo en seguir este contrato siendo considerado un adulto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante