



READINGTON MIDDLE SCHOOL

Mr. Timothy Charleston, *Principal*
Mrs. Jennifer Mooney, *Assistant Principal*

tcharleston@readington.k12.nj.us
jmooney@readington.k12.nj.us

P.O. Box 700 • 48 Readington Road • Whitehouse Station, NJ 08889 • (908)-534-2113 • (908) 534-6802 fax

www.readington.k12.nj.us

Estimados padres/tutores de nuestros estudiantes de séptimo grado,

La ley de Nueva Jersey exige que todos los estudiantes de escuelas públicas de entre diez y dieciocho años sean examinados para detectar escoliosis cada dos años. El propósito de este programa de detección es reconocer la escoliosis en sus primeras etapas.

La escoliosis se define como una condición de la columna en la que la columna se curva hacia la izquierda o hacia la derecha. Se encuentra comúnmente durante la época de rápido crecimiento físico y puede progresar si no se trata. Las curvaturas a menudo se pueden controlar si se detectan a tiempo.

La evaluación de escoliosis se llevará a cabo durante las clases de educación física a partir del regreso de las vacaciones de invierno. Las niñas deben usar una camiseta sin mangas u otra prenda ajustada debajo de la camiseta de gimnasia para poder ver toda la columna. (Durante el proceso de evaluación, se pedirá a los niños y niñas que se quiten las camisetas de gimnasia). Los estudiantes serán evaluados por separado y en privado en la oficina de salud. Si su hijo tiene algún grado sospechoso de curvatura, se le notificará por escrito para solicitar una evaluación médica adicional.

Si no desea que las enfermeras de la escuela examinen a su hijo, debe completar el formulario a continuación y devolvértelo a más tardar 2 de enero de 2025.

Atentamente,

Maureen Sjonell, RN msjonell@readington.k12.nj.us
Jill Komosinski, RN jkomosinski@readington.k12.nj.us
Enfermeras escolares de RMS
phone 908-534-3810
fax 908-923-8614

READINGTON TOWNSHIP PUBLIC SCHOOLS
Formulario de exclusión voluntaria para la evaluación de escoliosis

No quiero a mi hija/hijo _____ examinado para detectar escoliosis.

Mi hijo ya está bajo cuidado o tratamiento por escoliosis: ___ SÍ ___ NO

Parent Signature

Date