Herndon Middle School

901 Locust Street

Herndon, VA 20170

 Padres/Apoderados,

Los años adolescentes están normalmente marcados por un torbellino de emociones – difíciles para los jóvenes, sus padres, y educadores. Es fácil confundir depresión con los problemas comunes de la adolescencia. La depresión, sin embargo, (entre los más comunes de los trastornos mentales) aparentemente ocurre a muy temprana edad. La Depresión, que es tratable, es un factor predominante en casos de suicidio. Así también, el herirse uno mismo también se ha vuelto un problema grande entre la juventud.

El 7 y 9 de noviembre, durante la clase Hawk Time, los estudiantes de séptimo grado verán un video de 20 minutos que describe conductas preocupantes y como ayudar a amigos u otros estudiantes que puedan estar presentando señales de depresión. Al final del video los estudiantes llenarán una corta encuesta para determinar algún problema de salud mental. Los consejeros escolares y el grupo de profesionales de la salud de la escuela estarán disponibles para hablar sobre cualquier preocupación que resulte del video presentado. Este programa ha demostrado ser exitoso puesto que logra un aumento en la motivación por buscar ayuda entre los estudiantes preocupados por ellos mismos a sus amigos. Este es el único programa de prevención de suicidio establecido en una escuela que ha sido reconocido por la Agencia de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental (SAMHSA) como consta en su Registro Nacional de Programas y Prácticas basadas en la evidencia sobre los riesgos del suicidio y la depresión mientras reduce la incidencia de intentos de suicidio.

Por favor contacte al consejero escolar de sus hijos si tiene preguntas o inquietudes acerca de esta comunicación. El martes 30 de Octubre presentaremos el video en el auditorio de Herndon MS para padres que deseen verlo.

 Si Usted **NO** desea que sus hijos participen de esta Presntación sobre Bienestar y Salud Mental por favor llene el formulario al reverso de esta hoja y envielo de vuelta a la Sra. Karyn Niles, Directora de Servicios Estudiantiles de Herndon Middle School hasta el lunes 5 de noviembre. Si no recibimos el formulario de exclusión firmado por usted asumiremos que su hijo/a **tiene permiso** para participar en este programa.

Agradecemos esta oportunidad de trabajar junto a usted, nuestra comunidad, al esforzarnos por asegurar un año escolar seguro y productivo para todos nuestros estudiantes.

Atentamente,

Karyn Niles

Directora de Servicios Estudiantiles, Herndon Middle School

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Karyn Niles | **Directora de Servicios Estudiantiles** | keniles@fcps.edu |
| Danielle Mascoll | **Consejera 7mo grado A-L** | dfmascoll@fcps.edu |
| Elyana Genoves | **Consejera 7mo grado M-Z** | eagenovese1@fcps.edu |
| Sara Broady | **Consejera de 8vo grado A-L** | sjbroady@fcps.edu |
| Meghan Azzara | **Consejera de 8vo grado M-Z** | meazzara@fcps.edu |
| Kelley Wells | **Psicologa Escolar** | kmwells@fcps.edu |
| Patricia Humphrey | **Trabajadora Social** | pthumphrey@fcps.edu |

**FORMULARIO DE EXCLUSION DE PARTICIPACION EN EL PROGRAMA ESCOLAR DE BIENESTAR Y SALUD MENTAL OTOÑO DE 2018**

Herndon Middle School está conduciendo un programa de Bienestar y Salud mental el **7 y 9 de Noviembre de 2018** para los estudiantes de 7mo grado. La presentación del video y la encuesta es gratuita, voluntaria y confidencial y se ofrece para ayudar a los estudiantes a evaluar si ellos presentan síntomas relacionados con depresión y para identificar estudiantes en riesgo de cometer suicidio. Esta presentación se hará durante la primera mitad del día escolar. Los estudiantes podrán ser excluidos de su participación si Usted, padre o representante, lo solicita.

Para que su hijo/hija sea EXCLUIDO de esta presentación por favor llene este formulario y envielo de regreso a : *Karyn Niles, Directora de Servicios Estudiantiles de* Herndon Middle School hasta el  **Lunes 5 de noviembre de 2018.**

**Este formulario debe llenarlo UNICAMENTE si los Padres/Representantes NO DESEAN que sus hijos participen en estas pruebas.**

Yo, (Nombre del Padre/Representante), **NO** autorizo a mi estudiantea participar en las presentaciones y toma de encuesta sobre el Bienestar y Salud mental.

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

 Firma del Padre/Representante

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor envié este formulario de **exclusión**:

1) En persona a: Karyn Niles, Directora de Servicios Estudiantiles

2) Via Email a: KENiles@fcps.edu