

## *Resumen de los cambios*

### **Adiciones y Revisiones:**

#### **Formularios:**

- Formulario de Autorización a los Medios de Comunicación
- Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA)
- Formulario de Opción de Exclusión Voluntaria de la Ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA)
- Formulario de Exención de la Educación sobre Vida Familiar/Sexualidad Humana
- Póster Informativo para Notificar Inquietudes de Seguridad Ciudadana
- Póster de la Política de Precios de las Comidas Escolares
- Encuesta para Padres sobre Ir a Pie o en Bicicleta a la Escuela
- Cuestionario de Vivienda del Estudiante

#### **Adiciones, Revisiones y Clarificación de texto en referencia a:**

- Sección I - Derechos y Responsabilidades
- Sección I - Ausencias Justificadas
- Sección II - Respeto a las Personas y la Propiedad
- Sección II - Casos de Disturbios
- Sección II - Casos de Abuso de Sustancias/Drogas
- Sección II - Actos en Contra de Personas
- Sección II - Comportamiento Inaceptable en el Autobús Escolar Conducente a Acciones Disciplinarias
- Sección II - Programa de Becas Hope
- Sección V - Derechos y Responsabilidades
- Sección VI - Libertad de Expresión Estudiantil y Distribución de Materiales
- Sección VIII - Aviso sobre la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA)
- Sección VIII - Aviso de la Enmienda sobre la Protección de Derechos del Estudiante (PPRA)
- Sección VIII - Aviso de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)
- Sección IX - Tolerancia Cero
- Sección IX - Prevención de la Reincidencia a través de las Oportunidades, el Asesoramiento, las Intervenciones, las Ayudas y la Educación (PROMISE por sus siglas en inglés)
- Sección IX - Medicamentos: Uso, Posesión, Venta o Distribución Conducente a la Suspensión y Posible Expulsión
- Sección IX - Ofensas por el Uso de Drogas y Sustancias Conducentes a la Suspensión y Posible Expulsión
- Sección IX - Otras Ofensas (Ofensas no Relacionadas con el Uso de Sustancias y Drogas) Conducentes a la Suspensión y Posible Expulsión
- Sección IX - Expulsión Obligatoria
- Sección IX - Oportunidades del Programa Workback
- Sección IX - Expulsión fuera del Distrito y Otras Acciones
- Sección IX - Otras Definiciones de esta Norma
- Apéndice - Matrices de Disciplina: K-2; 3-5; 6-8; y 9-12

La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante presenta las reglas del Distrito a los alumnos de las Escuelas Públicas del Condado de Broward. Estas reglas se aplican en todas las actividades escolares dentro y fuera del plantel educativo y en cualquier vehículo autorizado para el transporte estudiantil. Su firma al pie de página no indica su acuerdo o desacuerdo, solo significa **que ha revisado la copia electrónica de estas reglas** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Devuelva este formulario a la escuela en un periodo de 3 días a partir del primer día de clases o de la fecha de matrícula. **En caso prefiera llenar todos los formularios necesarios de forma electrónica, sírvase ingresar a *Back to School Toolkit*** (<http://www.browardschools.com/backtoschool>).

Los padres deben involucrarse en la educación de sus hijos y tienen la responsabilidad de:

- Saber que por seguridad, las escuelas tienen la obligación de brindar supervisión no más de 30 minutos antes del inicio de clases y no más de 30 minutos después de la hora oficial de salida [F.S. 1003.31 (2)].
- Saber que por seguridad, los conductores de los autobuses escolares NO tienen la autorización de dejar a los estudiantes en un paradero diferente al asignado.
- Proporcionar a la escuela, cada año y cada vez que haya cambios, los nombres o los números telefónicos actualizados de los contactos de emergencia.
- Informar a la escuela sobre cualquier motivo que pueda afectar el aprendizaje, la asistencia regular o la participación en actividades escolares de sus hijos.
- Saber que los medicamentos deben ser administrados de acuerdo con las Normas 6305 y 6305.1 de la Junta Escolar, o según sus enmiendas, y que las consecuencias por la distribución o la venta, o la intención de venta de medicamentos que se pueden comprar sin receta, y la posesión o el uso de medicamentos sin receta, y la posesión o uso de medicamentos no autorizados se encuentran en la Norma 5006 de la Junta Escolar. La Norma 6305 de la Junta Escolar describe las reglas sobre los medicamentos con y sin receta, y la Norma 5006 describe las consecuencias por violar estas reglas. Usted puede ver todas las normas sobre la salud, la suspensión o la expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar en <http://www.broward.k12.fl.us/sbbcpolicies>.
- Saber que tienen derechos relacionados con la privacidad y la confidencialidad de los expedientes estudiantiles archivados en las escuelas, tal y como se define en la Sección VIII de esta publicación.
- Saber que ni la Junta Escolar del Condado de Broward ni sus empleados son responsables por los artículos prohibidos perdidos, robados o confiscados, o por aparatos de comunicación inalámbrica u otra tecnología personal perdidos, robados o confiscados.
- Saber que los artículos confiscados que no se reclamen al final del año escolar serán donados a organizaciones locales de beneficencia.
- Reconocer que son responsables por el comportamiento de sus hijos en la ida y vuelta de la escuela y en el paradero de autobús. La clave para el desempeño académico es un ambiente de aprendizaje seguro, en el que impera el respeto, por lo tanto, las acciones de cualquier estudiante fuera de la escuela que afecten la capacidad de aprendizaje de cualquier estudiante o la habilidad de enseñar de un miembro del personal se puede considerar una infracción disciplinaria. Para los casos graves que ocurran en los paraderos de autobús o los que ocurran fuera de las instalaciones de la Junta Escolar, los padres deben comunicarse directamente con los agentes del orden público. Para los casos de acoso escolar (ver la definición en la Sección II), se debe notificar a los funcionarios escolares para iniciar la investigación o brindar la ayuda y la intervención según el director/funcionario designado considere necesario, incluso puede solicitar la intervención del Policía Escolar (*School Resource Officer*).
- Asegurarse de que sus hijos hagan uso legal, ético y responsable de la tecnología, las redes sociales, las herramientas digitales, el Internet y el software; como se define en la Sección IV de este folleto.
- Continuar siendo responsables de sus hijos aún cuando alcancen la mayoría de edad (18 años o más), en lo que se refiere a la educación y la disciplina con las excepciones que provee la ley.

**Nota: La selección de los padres en los formularios del Código de Conducta del Estudiante será válida hasta la presentación de un formulario nuevo.**

---

Nombre del estudiante (En imprenta)

---

Firma del estudiante

---

Fecha

---

Nombre del padre (En imprenta)

---

Firma del padre

---

Fecha

## Formulario de Autorización a los Medios de Comunicación del Año Escolar 2019/2020 (Todos los grados)

Yo, como padre de un estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward, soy consciente de que mi hijo(a) puede ser fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) por los medios de prensa o por el Distrito Escolar para propósitos informativos o publicitarios. Entiendo que las fotos y las entrevistas pueden utilizarse en el sitio web del Distrito, las publicaciones del Distrito Escolar, las publicaciones externas y los medios electrónicos, como se indica a continuación.

### Marque solo una opción en la Sección A y una opción en la Sección B

(Si no marca una opción en ambas secciones, la opción 1 será automática)

## Sección A – Canales Externos/ Medios de Comunicación

Por favor marque opción 1 u opción 2

1.  **YO PERMITIRÉ** que mi hijo(a) sea fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) por los medios de prensa cuando dichos medios hayan obtenido la autorización de las Escuelas Públicas del Condado de Broward.
2.  **YO NO PERMITIRÉ** que mi hijo(a) sea fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) por los medios de prensa.

## Sección B – Escuelas Públicas del Condado de Broward

Por favor marque opción 1 u opción 2

1.  **YO PERMITIRÉ** que mi hijo(a) sea fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) para publicaciones escolares tales como anuarios, periódicos escolares, fotos de la clase o sitios web de la escuela o del Distrito, medios sociales, BECON TV, o para otros instrumentos de comunicación de las Escuelas Públicas de Broward o proveedores autorizados. Entiendo que el Distrito puede divulgar esta información si es solicitada por los medios de comunicación u otras entidades públicas (p. ej. peticiones de los archivos públicos). **Nota: Se puede liberar su dirección, teléfono, correo electrónico, el nombre de su hijo(a), el de su maestro o maestra y el número del aula para facilitar las publicaciones internas de la escuela.**
2.  **YO NO PERMITIRÉ** que mi hijo(a) sea fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) para publicaciones escolares tales como anuarios, periódicos escolares, fotos de la clase y/ o sitios web de la escuela o del Distrito, medios sociales, BECON TV, o para otros instrumentos de comunicación de las Escuelas Públicas de Broward o proveedores autorizados.

---

Nombre del estudiante (En imprenta)

---

Firma del estudiante

---

Fecha

---

Nombre del padre (En imprenta)

---

Firma del padre

---

Fecha

# Formulario de Notificación de Exclusión Voluntaria FERPA del Año Escolar 2019/2020 (Todos los grados)

**¡ADVERTENCIA!** Las opciones que seleccione a continuación no aparecerán en las publicaciones escolares, tales como el anuario (*yearbook*), aunque haya dado su autorización en la Sección B del Formulario de Autorización a los Medios de Comunicación.

Por ejemplo: al marcar "Nombre del estudiante" la foto del estudiante no aparecerá en el anuario.

## PROPÓSITOS DE DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN DE DIRECTORIO

La "información de directorio" es una información de identificación personal que en caso de ser divulgada no se considera perjudicial o de invasión a la privacidad. Según la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), la Junta Escolar del Condado de Broward (SBBC), Florida, puede divulgar, a discreción y sin consentimiento previo, la información de directorio de un estudiante de cualquier grado siempre y cuando el padre o estudiante de 18 años de edad no haya notificado su exclusión voluntaria de la divulgación de esta información. SBBC se reserva el derecho de revelar la información de directorio:

- (a) a los *colleges*, las universidades, u otras instituciones educativas en las cuales el estudiante ya está matriculado, quiere matricularse o puede ser reclutado;
- (b) para las actividades deportivas, las publicaciones escolares, los recursos didácticos y otros instrumentos de comunicación escolar (entre las que se incluyen: la publicación de anuarios, programas deportivos, programas de graduación, folletos de reclutamiento, programas teatrales, sitios web de la escuela y el Distrito, redes sociales y anuncios y exhibiciones para ser expuestas por toda la escuela);
- (c) a los funcionarios de salud del Condado de Broward para informar a los padres sobre la situación de salud pública de importancia según el Departamento de Salud de la Florida (64D-3, F.A.C.) que incluye la preparación ante una amenaza potencial o confirmada a la salud; o
- (d) a los comités para organizar actividades de reencuentro de exalumnos y otros similares.

## TIPOS DE INFORMACIÓN DE DIRECTORIO

Los padres/tutores legales de estudiantes de cualquier grado, o los estudiantes elegibles (aquellos mayores de 18 años de edad, emancipados, o que están asistiendo a una institución de educación postsecundaria), pueden solicitar la exclusión de divulgación de algunos o todos los tipos de información de directorio siguientes. Indique con una marca de verificación(✓) la información que NO QUIERE QUE SE DIVULGUE:

___ Nombre del estudiante	___ Nombre del padre	___ Domicilio
___ Número(s) de teléfono(s)	___ Fecha de nacimiento	___ Lugar de nacimiento
___ Campo de estudio principal	___ Actividades y deportes auspiciados por la escuela	___ Estatura y peso de los miembros del equipo deportivo
___ Nivel de grado escolar	___ Días de asistencia escolar	___ Número de camiseta y Posición en el equipo
___ Reconocimientos y premios*	___ Nombre del programa o escuela de asistencia anterior o más reciente	___ Número de salón/aula

\*Los reconocimientos y premios incluyen todo trabajo ejemplar (como las obras de arte), todo tipo de reconocimiento y estatus de graduación (p.ej. la lista de los que se van a graduar), pero excluyen el promedio final (GPA).

**Nota: Este formulario se debe llenar y entregar a la escuela anualmente, aunque no se seleccione nada, DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL PRIMER DÍA DE CLASES o a la fecha de matrícula que se efectúe después del principio del año escolar.**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del padre/ tutor legal/estudiante elegible (En imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/ tutor legal/ estudiante elegible \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Nota: Exalumnos: SBBC continuará cumpliendo con cualquier solicitud válida de exclusión voluntaria de la información del directorio que se haya hecho mientras estudiaban en la escuela, a menos que decidan cancelar esta solicitud (34 CFR 99.37(b)).**

Para los padres en ocupaciones selectas:

Nota: De conformidad con el Estatuto de la Florida 119.071, se considera confidencial y exenta de divulgación pública la información personal seleccionada de las personas que trabajan en ciertas ocupaciones (así como la de sus cónyuges e hijos), siempre y cuando presenten una petición para tal exención por escrito. Si usted está empleado en una ocupación especial y desea solicitar la confidencialidad de su información personal, la de su cónyuge o la de su hijo(a), sírvase programar una cita con la escuela de su hijo para llenar el Formulario para la Exención de Información Personal de Padres de Ocupaciones Seleccionadas (Parental Request for Exemption of Personal Information for Selected Occupations form).

## Formulario de Opción de Exclusión Voluntaria de la Ley Todo Estudiante Triunfa (ESSA) Año Escolar 2019-2020 (Grados 11 y 12)

### FUERZAS ARMADAS Y EDUCACIÓN POSTSECUNDARIA

De conformidad con la *Ley Todo Estudiante Triunfa (ESSA)*, el Distrito tiene la obligación de divulgar, cuando se le solicite y sin consentimiento previo, **el nombre, el domicilio y el teléfono** de los estudiantes de los grados 11 y 12 a:

- **Las Fuerzas Armadas/reclutadores militares** (El Comandante del Distrito u Oficial Superior de las oficinas satélite o regionales de las Fuerzas Armadas, incluso la Guardia Costera de los Estados Unidos), para enviar información por correspondencia sobre las oportunidades que las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos ofrecen a los estudiantes. La confidencialidad de las listas es responsabilidad del personal de educación superior de las Fuerzas Armadas.
- **Las instituciones de educación superior** (instituciones postsecundarias). La confidencialidad de estas listas es responsabilidad del personal de educación superior.

Sin embargo, los padres/tutores y los estudiantes elegibles (aquellos mayores de 18 años) pueden solicitar la exclusión de la divulgación de información al seleccionar una de las opciones indicadas a continuación.

#### Información para ser divulgada a las Fuerzas Armadas/reclutadores militares:

1. \_\_\_\_\_ **YO PERMITIRÉ** que la información limitada mencionada sea divulgada a las Fuerzas Armadas/reclutadores militares.
2. \_\_\_\_\_ **YO NO PERMITIRÉ** que la información limitada mencionada sea divulgada a las Fuerzas Armadas/reclutadores militares sin permiso previo.

#### Información para ser divulgada a instituciones de educación postsecundaria:

1. \_\_\_\_\_ **YO PERMITIRÉ** que la información limitada mencionada sea divulgada a las instituciones de educación postsecundaria.
2. \_\_\_\_\_ **YO NO PERMITIRÉ** que la información limitada mencionada sea divulgada a las instituciones de educación postsecundaria sin permiso previo.

**Nota: Este formulario debe completarse y presentarse a la escuela anualmente, sea cual sea la opción seleccionada, DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL PRIMER DÍA DE CLASES o a la fecha de matrícula que se efectúe después del principio del año escolar.**

Además de este formulario, todos los estudiantes de los grados 11 y 12 deben llenar el *Formulario de Notificación de Exclusión Voluntaria FERPA del Código de Conducta del Estudiante*.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Nombre del padre/ tutor legal/ estudiante elegible (En imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/ tutor legal/ estudiante elegible \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# Vida Familiar y Sexualidad Humana



**NORMA 5315**  
Vida Familiar y Sexualidad Humana

**B**

La Junta Escolar del Condado de Broward, Florida tiene el compromiso de proteger la salud de todos sus estudiantes y brinda una educación integral de salud sexual para promover hábitos saludables en lo que se refiere al crecimiento y desarrollo, la imagen corporal, el género sexual y la sexualidad, las citas románticas, las relaciones y la familia.



**CURRÍCULO**  
Vida Familiar y Sexualidad Humana  
Aprobado en mayo de 2014

**C**

Es importante poner en práctica un currículo universal e integral de salud sexual que se base en los Estándares Nacionales de Educación Sexual para asegurar que todos los estudiantes reciban la misma información de calidad para apoyar su educación y llevar una vida saludable.



**DATOS**  
Escuelas Públicas del Condado de Broward  
Encuesta de Comportamientos  
de Riesgo en Jóvenes

**P**

- En 2017, 8.3% de los estudiantes de las escuelas Intermedias de BCPS declararon tener relaciones sexuales.
- En 2017, aproximadamente 37.4% de los estudiantes de las escuelas secundarias de BCPS declararon haber tenido relaciones sexuales.
- En 2017, aproximadamente 25.3% de los estudiantes de secundaria de BCPS se declararon sexualmente activos en los últimos tres meses.



**RECURSOS**  
Ver Norma 5315 y Currículo

**S**

Visite nuestro sitio web y revise la Norma 5315 de Vida Familiar y Sexualidad Humana, el currículo y los recursos adicionales para estudiantes y padres.

<https://www.browardschools.com/Page/32879>



**Broward County Public Schools**



## Formulario de Exención de la Educación sobre Vida Familiar/Sexualidad Humana 2019/2020 (Todos los Grados)

El Estatuto de la Florida 1003.42 exige que la educación sobre Sexualidad Humana sea parte de un Programa Educativo de Salud Integral. La Junta Escolar del Condado de Broward, Florida, ha autorizado la enseñanza del curso Vida Familiar/ Sexualidad Humana y Prevención del VIH/ SIDA como parte de la Educación de la Salud.

La Norma 5315 sobre Vida Familiar/ Sexualidad Humana declara en parte lo siguiente:

“Es importante disponer de un currículo universal sobre salud sexual integral que siga los Estándares Nacionales de Educación Sexual para asegurar que todos los estudiantes reciban la misma información de calidad para apoyar su educación y llevar una vida saludable.”

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward respetan los derechos y el papel de los padres en la educación de sus hijos. Según el Estatuto de la Florida 1003.42(3): “El estudiante cuyos padres presenten una petición de exención por escrito al director de la escuela quedará exento de la enseñanza de la salud reproductiva o enfermedades como el VIH/SIDA, que trata los síntomas, la evolución y el tratamiento. El estudiante que haya sido exento no será penalizado por tal exención.”

**Solo si desea exonerar a su hijo(a) de asistir a este curso, llene y entregue este formulario a la escuela. Su hijo(a) recibirá tareas alternativas en el transcurso del curso Vida Familiar/ Sexualidad Humana.**

Agradecemos su interés y cooperación en la implementación de nuestro Programa Educativo de Salud Integral.

---

La presentación del currículo sobre Vida Familiar/Sexualidad Humana estará a cargo de maestros capacitados y seleccionados por el/la director(a) de la escuela, quienes usarán presentaciones autorizadas por expertos del Distrito sobre la prevención de enfermedades por transmisión sexual como recursos complementarios.

Para revisar el contenido del currículo y los materiales educativos visite <https://www.browardschools.com/page/33679> o haga una cita en la escuela de su hijo(a). Otros recursos y videos con estrategias sobre cómo hablar con sus hijos están disponibles en <https://browardschools.com/page/45860>.

**Nota: Por favor, marque en el espacio correspondiente y firme al pie de página para que su hijo(a) sea exonerado(a) de la participación de este curso. Debe llenar y entregar este formulario a la escuela anualmente DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL PRIMER DÍA DE CLASES o a la fecha de matrícula que se efectúe después del principio del año escolar. Si no entrega este formulario, usted estará autorizando la participación de su hijo(a) en el currículode Vida Familiar/ Sexualidad Humana.**

\_\_\_\_ **YO NO DESEO** que mi hijo(a) participe en ninguna de las lecciones de Vida Familiar/ Sexualidad Humana.

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (En imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





## THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

600 Southeast Third Avenue • Fort Lauderdale, Florida 33301 • Office: 754-321-1575 Fax: 754-321-2701

Coordinated Students Health Services  
Marcia Bynoe, ARN-BC, MSN, FNP/SNP, Director  
[www.browardschools.com](http://www.browardschools.com)  
[marcia.bynoe@browardschools.com](mailto:marcia.bynoe@browardschools.com)

### The School Board of Broward County, Florida

Heather P. Brinkworth, Chair  
Donna P. Korn, Vice Chair

Lori Alhadeff  
Robin Bartleman  
Patricia Good  
Laurie Rich Levinson  
Ann Murray  
Dr. Rosalind Osgood  
Nora Rupert

Robert W. Runcie  
Superintendent of Schools

Estimado padre o tutor,

La presente tiene el propósito de ayudarlo(a) a preparar los documentos de salud que las Escuelas Públicas del Condado de Broward requieren para la matrícula de su hijo(a). En caso de tener alguna pregunta, sírvase consultar con el personal de su escuela.

### Examen médico

Los estudiantes que ingresan por primera vez a las Escuelas Públicas del Condado de Broward deben haberse sometido a un examen médico en un periodo de no más de un año de la fecha de inscripción. El reporte del examen médico debe asentarse en el Formulario 3040 del Departamento de Salud de La Florida o en todo caso en el papel membretado del consultorio o centro médico. El proveedor del cuidado de la salud debe llenar, firmar y fechar ya sea el formulario correspondiente o el examen escrito en una hoja membretada del centro de salud.

### Enfermedades transmisibles/Dolencias

Por favor informe a la escuela cuando su hijo(a) sea diagnosticado con una enfermedad transmisible como la meningitis, el sarampión, las causadas por la salmonela, etc.

Por favor mantenga a su hijo(a) en casa si tiene:

- Síntomas similares a los de la gripe
- Fiebre de más de 100.4 grados
- Dolor de garganta, tos, escalofríos, o dolor corporal.
- Sarpullido, secreción amarilla en el ojo o una flema verde-amarilla debido a la tos o el resfrío, vómito, diarrea, etc.

### Enfermedades crónicas

Informe a la escuela si su hijo(a) tiene alguna enfermedad crónica como el asma, la diabetes, la fibrosis quística, la anemia falciforme (sickleemia), las convulsiones, las reacciones alérgicas a ciertos alimentos, las picaduras de insectos, etc.

### Los padres deben:

- Informar sobre la enfermedad crónica en la Tarjeta de contactos de emergencia del estudiante y completar la historia clínica al dorso de la tarjeta.
- Reunirse con el personal administrativo de la escuela para discutir sobre el cuidado del estudiante durante el horario escolar.
- En caso de que el estudiante esté tomando medicamentos, proporcionar a la escuela el Formulario de Autorización para Uso de Medicamentos actualizado y firmado por el proveedor de la salud y el padre.

**Nota: El formulario de Autorización de Medicamentos/Tratamiento para la Diabetes debe ser firmado por el proveedor de la salud y el padre. Para los estudiantes que reciben tratamiento con bomba de insulina también deben llenar el Formulario de Autorización para Medicamentos/Tratamiento con bomba de insulina.**

### **Administración de medicamentos en la escuela (con o sin receta)**

- Cuando su hijo(a) necesite tomar medicamentos con o sin receta en la escuela o una excursión escolar, usted y el proveedor de la salud deben completar y firmar el Formulario de Autorización para Medicamentos/Tratamiento.
- Los padres deben traer/entregar TODOS los medicamentos al personal de la escuela, en su envase original y etiquetado. A menos que el/la menor esté autorizado(a) a llevar consigo sus medicamentos según el Formulario de Autorización para Medicamentos/Tratamiento.

### **Autorización para Uso de Medicamentos sin Receta Seleccionados (OTC, por sus siglas en inglés) con Consentimiento de los Padres, grados 9-12**

Cuando su hijo(a) necesite tomar medicamentos sin receta en la escuela o en una excursión escolar, debe completar el Formulario de Autorización para Medicamentos Seleccionados sin Receta con Aprobación de los Padres. El padre/tutor y el estudiante deben firmarlo frente a un notario.

- Los estudiantes pueden llevar consigo y tomar los siguientes medicamentos seleccionados y sin receta:
  - Tylenol
  - Motrin
  - Allegra
  - Claritin
  - Tums
  - Lactaid
  - Midol

### **Autorización para Uso de Productos Tópicos sin Receta (OTC), con el Consentimiento de los Padres**

- Los estudiantes de cualquier grado pueden llevar consigo y aplicarse repelentes de mosquitos, insectos (en lociones y toallitas húmedas solamente) y protector solar (no están permitidos los productos en aerosol).
- El padre/tutor debe llenar y firmar el Formulario de Autorización para Uso de Productos Tópicos sin Receta con el Consentimiento de los Padres.

***Nota: Planifique con tiempo las excursiones escolares en caso de que su hijo(a) necesite tomar medicamentos durante una excursión de todo un día y que generalmente no toma durante el horario escolar. Informe sobre cualquier cambio en el estado de salud de su hijo(a).***

### **Immunizaciones (Consulte el Estatuto de la Florida 1003.22)**

- Asegúrese de que las vacunas de su hijo(a) estén al día. En caso de cualquier duda chequee con su proveedor de la salud o llame al Departamento de Salud de la Florida en Broward al (954) 467-4700
- Los padres pueden obtener una exención ya sea por razones médicas de su proveedor de la salud o, religiosas del Departamento de Salud de la Florida en Broward.

### **Centros de Salud Escolar, Recursos Comunitarios, Inmunizaciones y Cuidado de la Salud**

- La información está disponible en el sitio web de las Escuelas Públicas del Condado de Broward en <http://www.browardhealthservices.com/resources/>
- Si no tiene seguro, puede pedir una solicitud al Seguro Florida KidCare en la escuela de su hijo(a).

### **Programa de Visión Infantil Florida Heiken**

- Este programa ofrece sin costo alguno exámenes de la vista y anteojos, en caso de ser prescritos, a los estudiantes que necesiten servicios de visión integral.
- Para calificar los estudiantes deben cumplir con los criterios del Programa de Almuerzos Gratuitos o de Bajo Costo y no haber pasado el examen de la vista.
- Durante la primera semana escolar se enviará el Formulario de Autorización para el Programa de Visión Infantil para que el padre o tutor lo firme.
- Si su hijo(a) cumple con los requisitos para participar en el Programa, sírvase completar, firmar y devolver el formulario de autorización a la escuela.

Para más información sobre los requisitos de ingreso escolar ingrese a <http://www.browardhealthservices.com/parent-information/registration-requirements/>.

En caso de tener alguna pregunta, contáctese con la escuela de su hijo(a).

# Formulario de Autorización para Uso de Medicamentos 2019/2020 (Todos los grados)

## LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### MEDICAMENTOS CON O SIN RECETA (Prescription or Over-the-Counter Medication)

(THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN ONLY- SOLO EL MÉDICO TRATANTE PUEDE LLENAR ESTA SECCIÓN)

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Allergies \_\_\_\_\_

Diagnosis \_\_\_\_\_

MEDICATION	DOSAGE & ROUTE	FREQUENCY	SPECIFIC TIMES	SPECIAL INSTRUCTIONS/ SIDE EFFECTS

List any emergency precautions/health emergencies that should be anticipated for this student; (e.g., allergy triggers, diabetic reactions): \_\_\_\_\_

There are no extraordinary emergency medical services available at school. Since only CPR and first aid are available until 911 arrives, is this adequate for student survival?  YES  NO, IF "NO", specify: \_\_\_\_\_

Physician's Name (Print) \_\_\_\_\_ Physician's Signature \_\_\_\_\_

Physician's Office Address \_\_\_\_\_

Physician's Telephone # \_\_\_\_\_ Physician's Fax # \_\_\_\_\_

Date Completed \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

El personal de la Junta Escolar del Distrito estará en posesión de esta información

### CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA USO DE MEDICAMENTOS

(EL PADRE/TUTOR DEL ESTUDIANTE DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Por la presente concedo al director/la directora o su designado(a) la autorización para que ayude a mi hijo(a) en la administración de el/los medicamento(s) en el plantel o en eventos oficiales fuera del plantel durante el horario escolar. Si el médico autoriza a mi hijo(a) a tomar su(s) medicamento(s), yo le otorgo permiso para que lo haga cuando esté en la escuela o en actos oficiales fuera del plantel escolar. En caso de que mi hijo(a) no lo pueda hacer por sí mismo(a), doy mi autorización al director/directora/designado(a) para que lo(a) ayude en la administración del medicamento recetado.

#### NOTA:

- **Los medicamentos deben estar en su envase original. Pida al farmacéutico que divida los medicamentos en dos envases y los etiquete por separado, uno para la casa y otro para la escuela.**
- **Solo los medicamentos autorizados por el médico pueden ser administrados por el personal escolar.**
- **Es su responsabilidad notificar a la escuela cuando hay algún cambio en el régimen de medicamentos.**

Nombre del padre/tutor (En imprenta) \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_ Tel. de casa \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo/celular \_\_\_\_\_  
(Incluir extensión si la tiene)

# Formulario de Autorización para Tratamiento Médico 2019/2020 (Todos los grados)

## LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO (*Authorization for Treatment*)

(THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN ONLY- SOLO EL MÉDICO TRATANTE PUEDE LLENAR ESTA SECCIÓN)

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Diagnosis \_\_\_\_\_ Allergies \_\_\_\_\_

TREATMENTS DURING SCHOOL HOURS \_\_\_\_\_

TREATMENT PLAN: \_\_\_\_\_

PROCEDURE	TYPE	MEDS/FEEDING AMOUNT	FREQUENCY / SPECIFIC TIMES	RATE / FLOW
Catheterization				
Feedings	<input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube <input type="checkbox"/> NG-Tube <input type="checkbox"/> Special _____			
Suctioning	<input type="checkbox"/> Oropharynx <input type="checkbox"/> Tracheostomy    Deep <input type="checkbox"/> Surface			
Tracheostomy	<input type="checkbox"/> Tube Replacement <input type="checkbox"/> Care (Cleaning)			
CPT				
Oxygen/Misting				
Ventilator				
Nebulizer Tx				
Pulse Oximeter				

Are any of the above procedures required for emergency care?  YES  NO, IF "YES", specify: \_\_\_\_\_

List any procedures the student has been trained to perform \_\_\_\_\_

List any limitations/precautionary measures that should be considered; e.g., physical education, outdoor activities, transporting, lifting, moving, special devices/equipment: \_\_\_\_\_

List any emergency precautions/health emergencies that should be anticipated for this student; (e.g., allergy triggers, diabetic reactions): \_\_\_\_\_

There are no extraordinary emergency medical services available at school. Since only CPR and first aid are available until 911 arrives, is this adequate for student survival?  YES  NO, IF "NO", specify: \_\_\_\_\_

Physician's Name (Print) \_\_\_\_\_ Physician's Signature \_\_\_\_\_

Physician's Office Address \_\_\_\_\_

Physician's Telephone # \_\_\_\_\_ Physician's Fax # \_\_\_\_\_

Date Completed \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

El personal de la Junta Escolar del Distrito estará en posesión de esta información

#### CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA TRATAMIENTO MÉDICO

(EL PADRE/TUTOR DEL ESTUDIANTE DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Por la presente concedo al director/la directora o su designado(a) la autorización para que ayude a mi hijo(a) a administrar el/los medicamento(s) en el plantel o en eventos oficiales fuera del plantel durante el horario escolar. Si el médico autoriza a mi hijo(a) a administrar su(s) medicamento(s), yo le otorgo permiso para que lo haga cuando esté en la escuela o en actos oficiales fuera del plantel escolar. En caso de que mi hijo(a) no lo pueda hacer por sí mismo(a), doy mi autorización al director/directora/designado(a) para que lo(a) ayude en la administración del tratamiento indicado. **NOTA: El personal escolar solo puede administrar tratamientos autorizados por un médico. Es su responsabilidad notificar a la escuela cuando hay algún cambio en el régimen de tratamiento.**

Nombre del padre/tutor (En imprenta) \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_ Tel. de casa \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo/celular \_\_\_\_\_  
 (Incluir extensión si la tiene)

# Autorización para el Uso de Medicamentos sin Receta Seleccionados con Consentimiento de los Padres (Grados 9-12)

## LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### Formulario de Autorización para el Uso de Medicamentos sin Receta Seleccionados con Consentimiento de los Padres- Grados 9-12

**Indicaciones:** El padre/tutor debe llenar cada sección para que el estudiante pueda llevar o administrar cualquiera de los medicamentos sin receta seleccionados (OTC) con su consentimiento. Este formulario no tendrá validez si alguna parte está incompleta. El padre/tutor y el estudiante deben firmar este documento frente a un notario.

#### I. Información del estudiante/padre o tutor

Nombre del estudiante (En imprenta)		Fecha de nacimiento:	Alergias	Grado:
Padre/tutor (En imprenta)			Domicilio:	
Tel. de casa:	Tel. del trabajo:		Otro teléfono:	
<b>II. Medicamentos (El padre/tutor debe llenar esta sección)</b>				

ESTA SOLICITUD ES VÁLIDA PARA EL AÑO ESCOLAR 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_ O DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_  
 Seleccione solo **UN** medicamento. SOLAMENTE se permite **2 dosis** del medicamento.

Medicamento para administrarse por vía oral	Dosis y Horario	Síntomas	Comentarios	Fecha de expiración del medicamento
<b>Acetaminofén (Tylenol)</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar malestares y dolores; (la fiebre a partir de 100.4 ° F no se tratará en la escuela)	El estudiante con una temperatura mayor de 100.4 ° F deberá ser enviado a su casa.	
<b>Carbonato de calcio</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para dolor estomacal y acidez	Advertencia: Puede causar estreñimiento	
<b>Ibuprofeno (Advil, Motrin)</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar malestares y cólicos menstruales (la fiebre a partir de 100.4 ° F no se tratará en la escuela)	Advertencia: No contiene aspirina pero no se debe dar si el estudiante tiene asma o es alérgico a la aspirina	
<b>Midol</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Dolores menstruales	Advertencia: Los estudiantes con sensibilidad a la aspirina deben tener cuidado	
<b>Allegra</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar los síntomas de las alergias de estación (estornudo, picazón, goteo nasal)	Advertencia: Evite tomar cualquier medicamento para el resfrío o las alergias a menos que su médico se lo haya indicado	
<b>Lactaid</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Intolerancia a la lactosa	No hay efectos secundarios comunes cuando se da en dosis pequeñas	
<b>Claritin</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar los síntomas de las alergias de estación (estornudo, picazón, goteo nasal)	Advertencia: Evite tomar cualquier medicamento para el resfrío o las alergias a menos que su médico se lo indique	

---

---

**III. Consentimiento del padre (Solo el padre/tutor puede llenar esta sección)**

---

---

Al firmar este documento, yo (el padre o tutor legal) estoy consciente de que mi hijo(a) podrá llevar consigo y tomar o aplicarse medicamentos sin receta seleccionados con mi consentimiento. Entiendo que al permitir que mi hijo(a) lleve y administre estos medicamentos asumo la responsabilidad de los daños que pueda causar por la administración de los mismos. Entiendo que estos tienen que estar en su envase original y etiquetados correctamente con el nombre completo del estudiante. Entiendo la regla y he informado a mi hijo(a) que si se sobrepasa de las dos (2) dosis autorizadas del medicamento sin receta, o lo vende o distribuye, recibirá las consecuencias descritas en la Matriz de Disciplina del Distrito. Al firmar este formulario, me hago responsable de las acciones de mi hijo(a) al llevar tomar o aplicarse medicamentos sin receta seleccionados. Asimismo, convengo en liberar a la Junta Escolar del Condado de Broward, Florida de toda responsabilidad en caso de que mi hijo(a) se exceda en la dosis recomendada, venda o distribuya cualquiera de los medicamentos indicados.

---

Nombre del padre/tutor (En imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Tel. de la casa \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo/Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

---

---

**IV. Acuse de recibo del estudiante (Solo el estudiante puede llenar esta sección)**

---

---

Nombre del estudiante (En imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del estudiante \_\_\_\_\_

---

---

**V. Solo un notario público puede llenar esta sección**

---

---

STATE OF FLORIDA

COUNTY OF \_\_\_\_\_

The foregoing instrument was acknowledged before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, by

\_\_\_\_\_.

Personally Known \_\_\_\_\_ OR Produced Identification \_\_\_\_\_

Type of Identification Produced \_\_\_\_\_

(Notary Seal)

\_\_\_\_\_  
Official Notary Signature

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Notary

# Autorización para Uso de Productos Tópicos sin Receta con Consentimiento de los Padres (Todos los grados)

## LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### Formulario de Autorización para Uso de Productos Tópicos sin Receta con Consentimiento de los Padres (Todos los grados)

Válido para el año escolar 20 \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_

**Indicaciones:** El padre/tutor debe llenar cada sección para que el estudiante lleve consigo y se aplique cualquiera de los productos tópicos sin receta de la lista autorizada con el consentimiento del padre/tutor. Este formulario no tiene validez si alguna parte está incompleta.

#### I. Información del estudiante/padre

Nombre del estudiante (En imprenta)	Fecha de nacimiento	Alergias	Grado
Padre/tutor (En imprenta)	Domicilio:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Otro teléfono:	

El padre o tutor deben completar esta sección

#### NO SE PERMITEN PRODUCTOS EN AEROSOL O CON MECANISMO DE BOMBEO

#### Repelentes de insectos y mosquitos

Llevar consigo y aplicarse toallitas húmedas o lociones solamente.

Iniciales del padre: \_\_\_\_\_

Administrar según las instrucciones del fabricante

#### Bloqueadores solares

Llevar consigo y aplicarse

Iniciales del padre: \_\_\_\_\_

Administrar según las instrucciones del fabricante

#### Consentimiento del padre (Solo el padre/tutor puede llenar esta sección)

Al firmar abajo, yo (el padre o tutor legal) entiendo que con mi consentimiento mi hijo(a) se aplicará los productos tópicos sin receta y no lo hará el personal de salud. Es mi responsabilidad que el producto tópico sea apropiado para la edad de mi hijo(a). Entiendo que puedo autorizar a mi hijo(a) a llevar consigo y aplicarse cualquier producto tópico indicado arriba y asumo toda responsabilidad de la administración de los medicamentos que están en su poder. Entiendo que todos los productos tópicos deben estar en su envase original y etiquetados correctamente con el nombre completo del estudiante. Entiendo y he informado a mi hijo(a) que si usa inapropiadamente, vende o distribuye estos productos recibirá las consecuencias descritas en la Matriz de Disciplina del Distrito. Al firmar este formulario asumo la responsabilidad del uso de los productos tópicos arriba mencionados. Asimismo, convengo en liberar a la Junta Escolar del Condado de Broward, Florida de toda responsabilidad en caso de que mi hijo(a) use inapropiadamente, venda o distribuya estos productos.

Nombre de padre/tutor (En imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Tel. de la casa \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo/Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

# Formulario de Opción de Exclusión Voluntaria de los Exámenes de Salud 2019/2020 (Grados K, 1º, 3º y 6º)

## LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

### Formulario de Opción de Exclusión Voluntaria de los Exámenes de Salud

De conformidad con las normas establecidas por la Legislatura de la Florida, al inicio de cada año escolar se debe notificar a los padres sobre los exámenes que el **Programa de Servicios de Salud Escolar** brinda a los estudiantes. El Estatuto de la Florida 381.0056(7)(d) ordena la provisión de exámenes físicos a los estudiantes de kindergarten (K), los de los grados 1º, 3º y 6º, y a aquellos que recién ingresan al condado. Tenga en cuenta que estos exámenes no sustituyen de manera alguna el examen integral de un proveedor del cuidado de la salud.

Los exámenes incluyen pruebas de visión, audición, altura y peso, índice de masa corporal (BMI por sus siglas en inglés), y escoliosis. Estos exámenes, se ofrecen de manera individual o grupal e intentan disminuir los problemas de salud para facilitar el aprendizaje de los estudiantes. **Los padres o tutores tienen el derecho de optar por la exclusión voluntaria de los exámenes de salud para sus hijos.**

***Nota: Si NO desea que su hijo(a) reciba alguno o ninguno de estos exámenes, por favor marque el/los casillero(s) correspondiente(s), y entregue el formulario a la escuela de su hijo(a) DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL PRIMER DÍA DE CLASES o a la fecha de matrícula que se efectúe después del principio del año escolar.***

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Género/Sexo \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

#### NO DESEO QUE MI HIJO(A) SEA SOMETIDO A LA(S) PRUEBA(S) DE:

- Vista (grados: K, 1º, 3º y 6º)**
  
- Audición (grados: K, 1º, 3º y 6º)**
  
- Altura y peso/ Índice de Masa Corporal (grados: 1º, 3º y 6º)**
  
- Escoliosis (6º grado)**

Nombre del padre/tutor (Escribir en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# Formulario del Programa de Visión Infantil Florida Heiken 2019/2020 (Todos los grados)



**LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA**  
 Coordinated Student Health Services • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1575

## Programa de Visión Infantil Florida Heiken (Programa Escolar de Broward de Exámenes de la Vista y Anteojos Gratis)

SÍ  NO  Doy mi permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado(a) por FHCVP para propósitos de relaciones públicas, y renuncio a cualquier/todo reclamo presente/futuro de las fotografías.

Nombre completo de la escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_ N° de estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino (Marque uno) Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Dpt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono de día del padre/tutor \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (escribir en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Origen étnico/Raza (Marque uno): Afroamericano Asiático Hispano Nativo Americano Blanco (No Hispano) Haitiano Otro \_\_\_\_\_

Idioma(s) que habla (Marque uno): Inglés Español Criollo Haitiano (Creole) Portugués Otro \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha ido a algún oftalmólogo/optometrista en el último año? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Su hijo(a) usa anteojos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor escriba los medicamentos o gotas para los ojos que su hijo(a) usa: \_\_\_\_\_

Por favor escriba todas las alergias que su hijo(a) tiene: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene alguna necesidad especial o demora en el desarrollo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) necesita de algún tipo de servicio especial (como un intérprete, lenguaje por señas, ayudas visuales, silla de ruedas, sistema Braille)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si su respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

¿Su **HUO(A)** ha tenido alguna de las siguientes afecciones?:

¿Algún **miembro de la familia** de su hijo(a) ha tenido alguna de las siguientes afecciones?:

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| SÍ                       | NO                       |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía/Lesión ocular                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia visual                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia falciforme ( <i>Sickle Cell</i> ) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma                                     |

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| SÍ                       | NO                       |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desviación del ojo (Estrabismo) / Ojo Perezoso (Ambliopía) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ceguera  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Degeneración Macular                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia falciforme ( <i>Sickle Cell</i> )                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro   |

Si respondió que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el examen ocular** - Al firmar abajo, yo autorizo al Programa de Visión Infantil Florida Heiken a someter a mi hijo(a), quien reúne los requisitos de calificación, a un examen ocular completo con dilatación de pupilas ya sea en la escuela mediante la optometría móvil o en la oficina de un proveedor participante designado.

**Aviso sobre las Prácticas de Privacidad** - Al firmar abajo, entiendo que el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Programa de Visión Infantil Florida Heiken está disponible al público, y que para solicitar una copia por teléfono debo llamar al (305) 856-9830/(888) 996-9847.

**Intercambio de información** - Al firmar abajo, yo autorizo el intercambio de información entre el Programa de Visión Infantil Florida Heiken y las Escuelas Públicas del Condado de Broward (BCPS), de los reportes médicos de optometría de mi hijo(a) de los proveedores participantes del programa para determinar la atención adecuada. Asimismo, autorizo a BCPS a divulgar cualquier información en referencia a la elegibilidad al programa de almuerzo a bajo costo o gratuito de mi hijo(a) y a constatar cualquier información que falte o esté imprecisa para procesar esta solicitud. Yo/Nosotros exoneramos y mantengo /exoneramos y mantenemos indemne a la Junta Escolar del Condado de todo tipo de responsabilidad por cualquier daño o reclamo debido a un accidente o percance durante la participación de mi /nuestro hijo(a) o protegido(a) en el Programa de Visión Infantil de Florida Heiken.

FIRMA DE TUTOR LEGAL (para recibir el examen) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorización para cobrar al seguro - Si mi hijo(a) tiene un plan de seguro que sea aceptado por el programa y tiene la oportunidad de ser examinado en una unidad móvil (solo en este caso), yo autorizo al Programa de Visión Infantil Florida Heiken a cobrar al seguro de mi hijo(a) por el examen ocular completo con dilatación de pupilas y por los anteojos, en caso de recibir una receta médica (el cual incluye el marco de anteojos seleccionado y lentes transparentes de policarbonato sin más adiciones). Yo entiendo que este servicio se hará a través del seguro de cuidado de la visión de mi hijo(a).

Firma (Autorización para el envío de la factura al seguro) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El Programa de Visión Infantil Florida Heiken es una organización que ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina a ningún solicitante calificado en razón de raza, color, religión, ascendencia, edad, sexo, estado civil, nacionalidad, discapacidad o por condición de veterano. **School/Agency:** \_\_\_\_\_

**PADRES:** Pueden solicitar este servicio GRATUITO con más rapidez desde su teléfono móvil a <http://www.floridaheiken.org/>. En caso de no tener acceso a internet, llene, firma y devuelva este formulario a la escuela de su hijo(a). Para preguntas, llame al 1-888-996-9847

PARA UN PROCESAMIENTO MÁS RÁPIDO Y SEGURO, SOLÍCITELO POR TELÉFONO A: <http://www.floridaheiken.org/>

<p><b>For School Personnel Use Only:</b>                  County: <b>Broward</b>                  Referring school/agency: _____                  Vision Screening Fail Date (Mandatory): _____                  Qualifies for Free/Reduced Program (Circle One): YES NO                  Signature: _____ Date: _____</p>	<p><b>For Heiken Use Only:</b> Scanned                  Account #: _____                  Eligibility Status: _____                  Eligibility Date: _____                  Insurance: _____</p>
--	--

Please fax completed form with Heiken Fax Cover Sheet to (305) 856-9840/ 1(888) 980-8474

La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante presenta las reglas del Distrito a los alumnos de las Escuelas Públicas del Condado de Broward. Estas reglas se aplican en todas las actividades escolares dentro y fuera del plantel educativo y en cualquier vehículo autorizado para el transporte estudiantil. Su firma al pie de página no indica su acuerdo o desacuerdo, solo significa **que ha revisado la copia electrónica de estas reglas** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Devuelva este formulario a la escuela en un periodo de 3 días a partir del primer día de clases o de la fecha de matrícula. **En caso prefiera llenar todos los formularios necesarios de forma electrónica, sírvase ingresar a *Back to School Toolkit*** (<http://www.browardschools.com/backtoschool>).

Los padres deben involucrarse en la educación de sus hijos y tienen la responsabilidad de:

- Saber que por seguridad, las escuelas tienen la obligación de brindar supervisión no más de 30 minutos antes del inicio de clases y no más de 30 minutos después de la hora oficial de salida [F.S. 1003.31 (2)].
- Saber que por seguridad, los conductores de los autobuses escolares NO tienen la autorización de dejar a los estudiantes en un paradero diferente al asignado.
- Proporcionar a la escuela, cada año y cada vez que haya cambios, los nombres o los números telefónicos actualizados de los contactos de emergencia.
- Informar a la escuela sobre cualquier motivo que pueda afectar el aprendizaje, la asistencia regular o la participación en actividades escolares de sus hijos.
- Saber que los medicamentos deben ser administrados de acuerdo con las Normas 6305 y 6305.1 de la Junta Escolar, o según sus enmiendas, y que las consecuencias por la distribución o la venta, o la intención de venta de medicamentos que se pueden comprar sin receta, y la posesión o el uso de medicamentos sin receta, y la posesión o uso de medicamentos no autorizados se encuentran en la Norma 5006 de la Junta Escolar. La Norma 6305 de la Junta Escolar describe las reglas sobre los medicamentos con y sin receta, y la Norma 5006 describe las consecuencias por violar estas reglas. Usted puede ver todas las normas sobre la salud, la suspensión o la expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar en <http://www.broward.k12.fl.us/sbbcpolicies>.
- Saber que tienen derechos relacionados con la privacidad y la confidencialidad de los expedientes estudiantiles archivados en las escuelas, tal y como se define en la Sección VIII de esta publicación.
- Saber que ni la Junta Escolar del Condado de Broward ni sus empleados son responsables por los artículos prohibidos perdidos, robados o confiscados, o por aparatos de comunicación inalámbrica u otra tecnología personal perdidos, robados o confiscados.
- Saber que los artículos confiscados que no se reclamen al final del año escolar serán donados a organizaciones locales de beneficencia.
- Reconocer que son responsables por el comportamiento de sus hijos en la ida y vuelta de la escuela y en el paradero de autobús. La clave para el desempeño académico es un ambiente de aprendizaje seguro, en el que impera el respeto, por lo tanto, las acciones de cualquier estudiante fuera de la escuela que afecten la capacidad de aprendizaje de cualquier estudiante o la habilidad de enseñar de un miembro del personal se puede considerar una infracción disciplinaria. Para los casos graves que ocurran en los paraderos de autobús o los que ocurran fuera de las instalaciones de la Junta Escolar, los padres deben comunicarse directamente con los agentes del orden público. Para los casos de acoso escolar (ver la definición en la Sección II), se debe notificar a los funcionarios escolares para iniciar la investigación o brindar la ayuda y la intervención según el director/funcionario designado considere necesario, incluso puede solicitar la intervención del Policía Escolar (*School Resource Officer*).
- Asegurarse de que sus hijos hagan uso legal, ético y responsable de la tecnología, las redes sociales, las herramientas digitales, el Internet y el software; como se define en la Sección IV de este folleto.
- Continuar siendo responsables de sus hijos aún cuando alcancen la mayoría de edad (18 años o más), en lo que se refiere a la educación y la disciplina con las excepciones que provee la ley.

**Nota: La selección de los padres en los formularios del Código de Conducta del Estudiante será válida hasta la presentación de un formulario nuevo.**

---

Nombre del estudiante (En imprenta)

---

Firma del estudiante

---

Fecha

---

Nombre del padre (En imprenta)

---

Firma del padre

---

Fecha

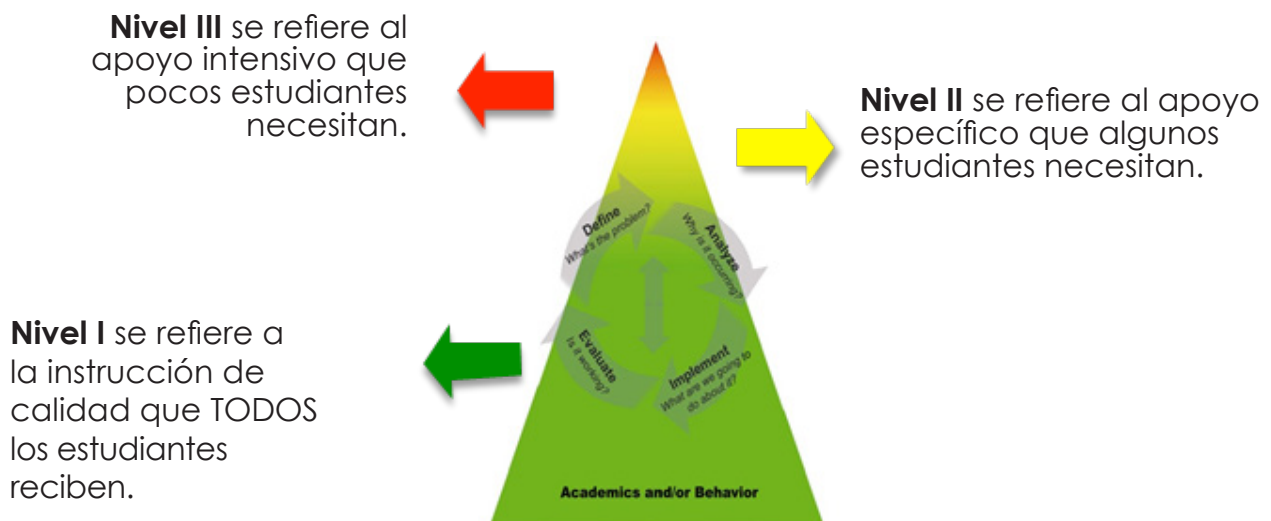
## Sistema de Apoyos de Varios Niveles (MTSS) /Respuesta a la Intervención (RtI) Guía para padres

### ¿Qué es un sistema de Apoyo de Varios Niveles?

MTSS es un término que se refiere a la práctica educativa basada en la evidencia que integra tanto la instrucción académica como la conductual para que todos los niños alcancen el éxito

### ¿Qué es la Respuesta a la Intervención?

RtI es la práctica que facilita el ajuste de la instrucción de alta calidad y la intervención con las necesidades del estudiante mediante la supervisión constante de sus respuestas frente a diferentes tipos de enseñanza y apoyo.



### ¿Cómo MTSS/RtI va a impactar a mi hijo(a)?

- El Sistema de Apoyo de Varios Niveles (MTSS) garantiza que su hijo(a) reciba diferentes niveles de apoyo académico y conductual según sus necesidades.
- Se incluirá a su hijo(a) en la detección temprana de problemas académicos y conductuales para ayudarlo(a) en la primera señal de dificultad.
- El apoyo a su hijo(a) aumentará o disminuirá de acuerdo con sus necesidades.
- Lo invitamos a participar e involucrarse en el planeamiento y las intervenciones para ayudar a su hijo(a).
- Usted recibirá actualizaciones constantes del progreso de su hijo(a).

## ¿Qué hago si creo que mi hijo(a) está teniendo dificultades?

- Hable con su maestro(a).
- Revise y ayude a cumplir con las tareas escolares.
- Tenga reuniones regulares con su maestro(a).
- Celebre los éxitos de su hijo(a).
- Infórmese sobre el currículo, las evaluaciones y las intervenciones que se aplican en su escuela.
- Participe en conferencias y reuniones de solución de problemas para ayudar a su hijo(a).

### Recursos para padres

Este video dirigido a padres presenta el uso de la resolución de problemas y cómo esto puede ayudar a sus hijos. <http://www.florida-rti.org/parentresources/videos.htm>

Revise todas las “verdades” detrás de los mitos comunes del RtI y el MTSS, ingrese a: <http://www.florida-rti.org/parentResources/myths/index.htm>.

En caso de preguntas contáctese con School Climate and Discipline al 754-321-1655 o acceda a <https://www.browardschools.com/Page/32437> para información adicional y orientación.



## ¿Cómo puedo participar en MTSS/RtI?

Las familias cumplen un papel importante al reforzar lo que los niños aprenden en la escuela. Cuanto más padres se involucren en el aprendizaje estudiantil, mayor el desempeño académico de los estudiantes. Para saber más sobre el MTSS/RtI haga preguntas como estas en la escuela de su hijo(a):

- ¿Tiene mi hijo(a) éxito en la escuela? ¿Cómo lo puedo saber? Si no, ¿qué cambio debo hacer?
- Si es necesario, ¿cómo puede recibir ayuda adicional? ¿Por quién? ¿Cuán a menudo y por cuánto tiempo?
- ¿Cómo puedo participar en la solución de problemas para ayudar a mi hijo(a)?
- ¿Cómo puedo colaborar con las intervenciones educativas de mi hijo(a) desde la casa?
- ¿Cómo podré saber que las intervenciones están funcionando?

<http://florida-rti.org/parentresources/floridatools.htm>



**+** Marque con una X en el casillero correspondiente. Si se equivoca, rellene todo el casillero y luego marque el correcto. **+**

8. ¿Su hijo(a) le pidió permiso para ir o volver de la escuela a pie o en bicicleta el año pasado?  Sí  No

9. ¿A partir de qué grado permitiría a su hijo(a) ir o volver de la escuela a pie o en bicicleta sin un adulto?

(Seleccione un grado entre PK,K,1,2,3...)  grado (o)  No me sentiría tranquilo(a) en ningún grado

**+** Marque con una X en el casillero correspondiente. Si se equivoca, rellene todo el casillero y luego marque el correcto. **+**

10. ¿Cuál de los siguientes factores influyeron en su decisión de permitir o no permitir a su hijo(a) ir o volver de la escuela a pie o en bicicleta? (Escoja TODAS las que apliquen)

11. ¿Dejaría a su hijo(a) ir o volver de la escuela a pie o en bicicleta si hay un cambio o una solución al problema? (Escoja una por línea, marque el casillero con una X)

Mi hijo(a) ya va/regresa a pie o en bicicleta

- |   |                             |                             |   |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Distancia .....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Comodidad de manejar .....                                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Horario .....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Actividades de mi hijo(a) antes o después del horario escolar .. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Velocidad del tráfico a lo largo de la ruta .....                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Volúmen de tráfico a lo largo de la ruta .....                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Adultos que pueden acompañarlo(a) a pie o en bicicleta .....     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Aceras o caminos .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de cruces y pasos peatonales .....                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Guardias de pasos peatonales .....                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Violencia o crimen .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="checkbox"/> Tiempo o clima .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |

**+** Marque con una X en el casillero correspondiente. Si se equivoca, rellene todo el casillero y luego marque el correcto. **+**

12. ¿En su opinión, ¿la escuela de su hijo(a) aconseja o desaconseja ir y volver a pie o en bicicleta?

- Aconseja firmemente  Aconseja  Neutral  Desaconseja  Desaconseja firmemente

13. ¿Cuán divertido es para su hijo ir o volver de la escuela a pie o en bicicleta?

- Muy divertido  Divertido  Neutral  Pesado  Muy pesado

14. ¿Cuán saludable es para su hijo(a) ir o volver de la escuela a pie o en bicicleta?

- Muy saludable  Saludable  Neutral  Poco saludable  Nada saludable

**+** Marque con una X en el casillero correspondiente. Si se equivoca, rellene todo el casillero y luego marque el correcto. **+**

15. ¿Qué grados o nivel de enseñanza usted ha completado?

- Grados 1 - 8 (Educación básica)  1 a 3 años de universidad (Universidad o instituto técnico incompleto)
- Grados 9 -11 (Educación secundaria incompleta)  4 años de universidad o más (Graduado de la universidad)
- Grado 12 o GED (Graduado de secundaria)  Prefiero no responder

16. Sírvase proporcionar cualquier comentario adicional.


# Cuestionario de Vivienda del Estudiante (SHQ)2019/2020 (Todos los grados)



## CUESTIONARIO DE VIVIENDA DEL ESTUDIANTE (SHQ)



**AVISO para padres, cuidadores y jóvenes no acompañados (que no viven con un padre o tutor legal):**

El propósito de este cuestionario es ayudar a identificar niños y jóvenes en edad escolar que están viviendo en condición transitoria (en situación de inestabilidad habitacional). Al completar este cuestionario, su(s) hijo(s) en edad escolar puede(n) calificar para los servicios y recursos de HEART para asegurar la estabilidad educativa.

**INSTRUCCIONES:**

**SOLO LLENE ESTE CUESTIONARIO SI NO ALQUILA O POSEE CASA PROPIA  
O  
SI EL SOLICITANTE ES UN ESTUDIANTE QUE NO VIVE CON UN PADRE O TUTOR LEGAL  
(Joven no acompañado)**

**1. ¿Con quién vive(n) el/los estudiante(s)?**

- Padre
- Tutor legal
- Adulto encargado del estudiante quien en este momento no puede vivir con un padre o tutor legal
- Soy un(a) estudiante que NO vive con un padre o tutor legal en este momento y que no alquila ni posee casa propia (UY)

**2. ¿Dónde vive el/la estudiante actualmente?**

- En un albergue de emergencia/transitorio (A)
- Temporalmente con un familiar o amigo (vivienda compartida) debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, o razones similares (B)
- En un vehículo, en un parque de casas móviles, en un edificio abandonado o en otras viviendas precarias(D)
- En un hotel/motel por la pérdida de vivienda, problemas económicos o razones similares (E)

**3. ¿Qué causó la situación de vivienda temporal?**

- Otros: Desalojo; violencia doméstica; desempleo; salud física/mental; pobreza a largo plazo; falta de vivienda de bajo costo (O)
- Ejecución hipotecaria(M)       Huracán (H)       Terremoto (E)       Inundación (F)
- Desastre provocado (D)       Tormenta tropical (S)       Tornado (T)       Incendio forestal o en casas (W)  
provocado por el hombre

\* A continuación complete la información requerida de todos los niños y jóvenes en edad escolar de la casa y que están inscritos o se pueden inscribir en una escuela pública o chárter en el condado de Broward, FL. Puede llenar más formularios SHQ, si es necesario.

Nombre completo del estudiante (Nombre y Apellido)	N.º de estudiante	M/F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Grado	Escuela de inscripción actual

(Si sus hijos están en diferentes escuelas, sírvase llenar (1) un cuestionario por escuela)

**SI ESTÁ LLENANDO UN FORMULARIO ELECTRÓNICO: Envíelo electrónicamente cuando lo complete.**

**SI ESTÁ LLENANDO EL FORMULARIO DE PAPEL: Entregue el cuestionario completo a la escuela de su hijo(a)**

**Al firmar abajo doy fe de la exactitud de la información proporcionada:**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO (Persona que llena este formulario)      FIRMA      FECHA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN      CIUDAD      ESTADO      CÓDIGO POSTAL

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

La sección § 837.06 de los Estatutos de la Florida establece que cualquiera que brinde una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el ejercicio de sus funciones oficiales será considerado culpable de un delito menor de segundo grado.