



Office of the Superintendent
Dr. Vickie L. Cartwright,
Superintendent of Schools
600 Southeast Third Avenue
Fort Lauderdale, Florida 33301
phone: 754-321-2600 • fax: 754-321-2701
[Supt. Cartwright@browardschools.com](mailto:Supt.Cartwright@browardschools.com)
browardschools.com

**The School Board
of Broward County,
Florida**

Laurie Rich Levinson, Chair
Patricia Good, Vice Chair

Lori Alhadeff
Daniel P. Foganholi
Debra Hixon
Donna P. Korn
Sarah Leonardi
Ann Murray
Nora Rupert

Dr. Vickie L. Cartwright
Superintendent of Schools

¡Bienvenidos al nuevo año escolar!

Estimados estudiantes y padres:

Como su superintendente, estoy dedicada a trabajar con el personal, los padres y la comunidad para atender las necesidades educativas de todos los estudiantes en un entorno de aprendizaje seguro.

La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante proporciona información detallada sobre las reglas que todos los estudiantes deben cumplir y, las sanciones por infringir las normas establecidas en este documento. La norma del Código de Conducta del Estudiante aborda lo que se espera de todos los estudiantes en cuanto a la asistencia continua y puntual, el respeto por las personas y la propiedad, la vestimenta adecuada, el uso de la tecnología, las publicaciones, las actividades, y los expedientes estudiantiles y el derecho de apelar, que incluyen los procedimientos para presentar una queja. Sírvanse revisar con atención toda la información de la norma del Código de Conducta del Estudiante y juntos examinen las sanciones por infringir las reglas.

La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante se distribuirá electrónicamente. Se requiere que padres y estudiantes firmen una declaración indicando que han tenido acceso al folleto del Código de Conducta del Estudiante en línea, que están conscientes de las reglas descritas en esta norma y que han seleccionado las opciones para los medios de comunicación y la divulgación de la información de directorio.

Es importante revisar la Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante anualmente porque contiene cambios de versiones anteriores. En la página ix, se encuentran la lista de los cambios importantes. Pueden consultar el Código de Conducta del Estudiante en el sitio web del Distrito bajo *School Board Policies* (www.browardschools.com). Además, pueden ver el video del Código de Conducta del Estudiante en la red de televisión BECON y en el sitio web del Distrito. Las escuelas proporcionarán el horario de programación a padres y estudiantes.

Espero que tengan un año escolar pleno, interesante y seguro mientras nosotros seguimos esforzándonos por educar a los estudiantes de hoy para el mundo del mañana.

Atentamente,

Dra. Vickie L. Cartwright
Superintendente

VLC/VFH/DW/ar



Resumen de los cambios

Eliminación, revisión y aclaración del texto en referencia a:

- Introducción y Principios Rectores
- Introducción y Principios Rectores – Sección C
- Sección III – Código de Vestimenta
- Sección IX – Tolerancia Cero
- Sección IX – Prevención de la Reincidencia Mediante Oportunidades, Asesoramiento, Intervenciones, Ayudas y Educación
- Sección IX – Medicamentos: Uso, Posesión, Venta, y/o Envío Conducente a la Suspensión y Posible Expulsión
- Sección IX – Consecuencias por Comportamiento Inadecuado y Grave Conducente a la Suspensión y Posible Expulsión
- Sección IX – Delitos de Drogas y Abuso de Sustancias Conducentes a la Suspensión y Posible Expulsión
- Sección IX – Uso, Posesión, Venta, y/o Envío de Tabaco, Derivados del Tabaco, Nicotina, E-Cigs, Dispositivos de Vapeo y/o Componentes de E-Cigs, Dispositivos de Vapeo o Similares
- Sección IX – Uso y/o Posesión de la Hoja de Marihuana (menos de 20 gramos), Alcohol, y/u Otras Sustancias que Alteran el Comportamiento
- Sección IX – Estar Bajo la Influencia de la Hoja de Marihuana, Alcohol, y/u Otras Sustancias que Alteran el Comportamiento
- Sección IX – Uso, Posesión, Venta, Intento de Venta, Envío de Parafernalia de Drogas
- Sección IX – Se Prohíbe el Uso, la Posesión de Sustancias No Autorizadas
- Sección IX – Se Prohíbe Estar Bajo la Influencia de Sustancias No Autorizadas
- Sección IX – Procedimientos por Venta, Intento de Venta y/o Envío de Alcohol o Bebidas Alcohólicas, Inclusive las Sustancias que se Ofrecen o se Presentan como Alcohol o Bebidas Alcohólicas
- Sección IX – Procedimientos por la Posesión con Intento de Venta, Venta, Intento de Venta, y/o Envío de la Hoja de Marihuana (menos de 20g). Venta, Intento de Venta, y/o Envío de Drogas o Sustancias que Alteran el Comportamiento, Sustancias No Autorizadas, u Otras Sustancias que se Ofrecen o Presentan como Drogas o Sustancias que Alteran el Comportamiento
- Sección IX – Otros Delitos (Delitos no relacionados con el Abuso de Drogas y Sustancias) Conducentes a la Suspensión y Posible Expulsión
- Sección IX – Delitos Conducentes a la Expulsión Obligatoria
- Sección IX – Expulsión Obligatoria
- Sección IX – Armas - Clase B (Posesión, Exhibición, Uso, Venta, Envío) están prohibidas en terreno/propiedad escolar, actividades auspiciadas por la escuela y en el transporte escolar.
- Sección IX – Otras Definiciones de esta Norma
- Sección X – Derecho de Apelar
- Apéndice – Matrices de Disciplina

Texto complementario:

- Principios Rectores y Derechos de los Padres
- Sección II – Programa de la Beca Hope
- Sección VI – Momento de Silencio
- Sección IX – Tolerancia Cero
- Sección IX – Consecuencias por Comportamiento Inadecuado y Grave Conducente a la Suspensión y Posible Expulsión
- Sección IX – Delitos de Drogas y Abuso de Sustancias Conducentes a la Suspensión y Posible Expulsión
- Sección IX – Delitos Conducentes a Expulsión Obligatoria
- Sección IX – Oportunidades del Programa Workback
- Sección IX – Otras Definiciones de esta Norma

La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante enumera las reglas del Distrito a los alumnos de las Escuelas Públicas del Condado de Broward. Las 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, sino **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, acceda al *Back to School Toolkit* (<https://www.browardschools.com/bts-onlineforms>).

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 anualmente o cuando hayan 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 infringir estas reglas. Usted puede ver las normas de salud, suspensión o expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar en: <https://www.browardschools.com/Page/37754>
- 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 hasta el final del año escolar serán donados a organizaciones benéficas locales.
- Reconocer su responsabilidad por el comportamiento de sus hijos en la ida y vuelta de la escuela, y en el paradero de autobús. Un ambiente de aprendizaje seguro y respetuoso es la clave para el desempeño académico, por lo que las acciones de un 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 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 se puede solicitar la intervención de la Policía Escolar.
- 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 esta publicación.
- Continuar siendo responsables de sus hijos aun cuando cumplan la mayoría de edad (18 años o más), en lo relacionado con 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 formularios nuevos.

Nombre del estudiante (En imprenta)

Firma del estudiante

Nombre del padre (En imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha

Formulario de Autorización para los Medios de Comunicación del Año Escolar 2022/2023 (Todos los grados)

Yo, como padre de un(a) estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward, entiendo que mi hijo(a) puede ser fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) por los medios de prensa, las escuelas y el Distrito para propósitos informativos o publicitarios como se indica a continuación.

Debe marcar 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 – Medios de Comunicación Externa

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 (p.ej., anuarios y periódicos escolares), instrumentos de comunicación de la escuela y el Distrito (p.ej., sitios web y redes sociales), BECON-TV, y actividades y eventos escolares. ***Nota: Para facilitar las publicaciones escolares, el Distrito puede divulgar información a proveedores autorizados, como el nombre del estudiante, la dirección del estudiante, el número de teléfono del estudiante/ padre, el grado escolar, los nombres de los maestros y los números de los salones de clase. Para los eventos deportivos, se puede divulgar las posiciones de los miembros del equipo deportivo y los números de camiseta.***
2. ____ **YO NO PERMITIRÉ** que mi hijo(a) sea fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) para publicaciones escolares (p.ej., anuarios y periódicos escolares), instrumentos de comunicación de la escuela y el Distrito (p.ej., sitios web y redes sociales), BECON-TV, y actividades y eventos escolares.

Nombre del estudiante (EN LETRA DE IMPRENTA)

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre/tutor (EN LETRA DE IMPRENTA)

Firma del padre/tutor

Fecha

Formulario de Notificación de Exclusión Voluntaria FERPA del Año Escolar 2022/2023 (Todos los grados)

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

Por ejemplo: Si marca "Nombre del estudiante", la foto del estudiante no aparecerá en el anuario.

PROPÓSITOS DE LA DIVULGACIÓN 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. De acuerdo con FERPA, la Junta Escolar del Condado de Broward (SBBC) puede divulgar, a su discreción, la información de directorio de un estudiante de cualquier grado, si el padre o estudiante de 18 años o más no notificó la exclusión voluntaria de la divulgación. SBBC se reserva el derecho de divulgar la información de directorio exclusivamente:

- (a) a los colleges, las universidades, u otras instituciones educativas en las cuales el estudiante ya está matriculado, intenta matricularse o puede ser reclutado;
- (b) para la realización de actividades deportivas, publicaciones escolares, material didáctico y otros instrumentos de comunicación escolar (entre las que se encuentran: 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 con el fin de comunicarse con los padres para abordar problemas de salud pública de importancia según el Departamento de Salud de Florida (64D-3, F.A.C.), incluyendo la información para hacer frente o prepararse ante una amenaza de salud pública potencial o confirmada; y/o
- (d) a los comités de reunión de la promoción (y similares) para motivos de actividades de la clase.

TIPOS DE INFORMACIÓN DE DIRECTORIO

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

<input type="checkbox"/> Nombre del estudiante	<input type="checkbox"/> Nombre del padre	<input type="checkbox"/> Dirección residencial
<input type="checkbox"/> Número(s) de teléfono(s)	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Lugar de nacimiento
<input type="checkbox"/> Principal campo de estudio	<input type="checkbox"/> Actividades y deportes auspiciados por la escuela	<input type="checkbox"/> Estatura y peso de los miembros del equipo deportivo
<input type="checkbox"/> Grado escolar	<input type="checkbox"/> Días de asistencia escolar	<input type="checkbox"/> Número de camiseta y posición en el equipo
<input type="checkbox"/> Reconocimientos y premios*	<input type="checkbox"/> Nombre de la escuela o programa de asistencia más reciente	<input type="checkbox"/> Número del salón/aula

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

Nota: Este formulario se debe llenar y entregar a la escuela anualmente, aunque no haya hecho ninguna selección, DENTRO DE UN PLAZO DE 10 DÍAS A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE CLASES o a la fecha de matrícula que se realice después del inicio del año escolar.

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

Nombre del padre/ tutor legal/estudiante elegible (En letra de imprenta) _____

Firma del padre/ tutor legal/ estudiante elegible _____ Fecha _____

Nota: En cuanto a los exalumnos, SBBC continuará otorgando todas las solicitudes válidas de exclusión voluntaria de la divulgación de información de directorio que se realizaron mientras el/la alumno(a) estaba en la escuela, a menos que se pida revocar esta solicitud (34 CFR 99.37(b)).

Para padres en ocupaciones preferenciales:

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

Formulario de Exclusión Voluntaria ESSA (Grados 11 y 12) Año Escolar 2022 - 2023

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, **el nombre, el domicilio y el teléfono** de los estudiantes de los grados 11 y 12 sin previo consentimiento escrito a:

- **Las Fuerzas Armadas/reclutadores militares** (comandante del Distrito u oficial superior de las oficinas regionales o satélite de las Fuerzas Armadas, como 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. El personal de las fuerzas armadas responsable de estas listas protegerá su confidencialidad.
- **Las instituciones de educación superior** (instituciones postsecundarias). El personal de educación superior responsable de las listas protegerá su confidencialidad.

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 divulgar a las Fuerzas Armadas/reclutadores militares:

1. _____ **YO PERMITIRÉ** que la información de arriba sea divulgada a las Fuerzas Armadas/reclutadores militares.
2. _____ **YO NO PERMITIRÉ** que la información de arriba sea divulgada a las Fuerzas Armadas/reclutadores militares sin permiso previo.

Información para divulgar a instituciones de educación postsecundaria:

1. _____ **YO PERMITIRÉ** que la información de arriba sea divulgada a las instituciones de educación postsecundaria.
2. _____ **YO NO PERMITIRÉ** que la información de arriba sea divulgada a las instituciones de educación postsecundaria sin permiso previo.

Nota: Este formulario se debe llenar y entregar a la escuela anualmente, independientemente de su selección, DENTRO DE UN PLAZO DE 10 DÍAS A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE CLASES o la fecha de matrícula que se efectúe después del inicio 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 provisto en el Código de Conducta del Estudiante.

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Nombre de la escuela _____

Nombre del padre/ tutor legal/ estudiante elegible (En letra de imprenta) _____

Firma del padre/ tutor legal/ estudiante elegible _____

Fecha _____

Formulario de Exención de la Educación sobre Vida Familiar/Sexualidad Humana 2022/2023 (Todos los Grados)

El Estatuto de Florida 1003.42 requiere 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, que:

“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 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 alguna enfermedad, como el VIH/SIDA, sus síntomas, evolución y tratamiento. El estudiante que haya sido exento no será penalizado por tal exención.”

Solo si desea exonerar la asistencia de su hijo(a) 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, e incluirá presentaciones autorizadas por expertos del Distrito en el campo de 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 para padres con estrategias sobre cómo hablar con sus hijos están disponibles en <https://www.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 UN PLAZO DE 10 DÍAS A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE CLASES o la fecha de matrícula que se efectúe después del inicio del año escolar. Si no entrega este formulario, usted estará autorizando la participación de su hijo(a) en el currículo de 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 letra de imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____



THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

1400 N.W. 14th Court • Fort Lauderdale, Florida 33311 • Office: 754-321-1575 • Fax: 754-321-1696

Coordinated Student Health Services
Gail Adams, Director (Task Assigned)
www.browardschools.com
gail.adams@browardschools.com

**The School Board of
Broward County, Florida**

Laurie Rich Levinson, Chair
Patricia Good, Vice Chair

Lori Alhadeff
Daniel P. Foganholi
Debra Hixon
Donna P. Korn
Sarah Leonardi
Ann Murray
Nora Rupert

Dr. Vickie L. Cartwright
Superintendent of Schools

Estimado padre:

La presente tiene el propósito de darle a conocer, por ser el padre/tutor, la información de salud que las Escuelas Públicas del Condado de Broward requieren de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, entre en contacto con su escuela.

Enfermedades transmisibles

Por favor, informe a la escuela si su hijo(a) está ausente debido al diagnóstico de una enfermedad transmisible, como la COVID-19, 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
- Tos persistente
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del sabor y el olfato
- Falta de aire/dificultad para respirar
- Escalofríos
- Dolor muscular o corporal
- Náusea
- Vómito
- Diarrea
- Fatiga o cansancio
- Congestión o goteo nasal
- Dolor de garganta
- Sarpullido, secreción ocular amarillenta, flema verde amarillenta debido a la tos o el resfrío, el vómito, la diarrea, etc.

Enfermedades crónicas

Informe a la escuela si su hijo(a) tiene alguna de las siguientes enfermedades, que incluyen entre otras, asma, diabetes, fibrosis quística, anemia de células falciformes, convulsiones, reacciones alérgicas a ciertos alimentos, picaduras de insectos, etc.

Los padres deben:

- Documentar 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.
- Proporcionar a la escuela el Formulario de Autorización para Uso de Medicamentos actualizado y firmado por el proveedor de la salud y el padre, si el estudiante está tomando medicamentos.

- Proporcionar a la escuela los medicamentos en su envase original indicados en la lista del Formulario de Autorización de Medicamentos vigente.

Nota: El formulario de Autorización de Medicamentos/Tratamiento para la Diabetes debe ser llenado por el proveedor de la salud y el padre. 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 (Medicamentos con o sin receta)

- No se administrará ningún medicamento en la escuela o durante actividades auspiciadas por la escuela sin la autorización escrita del padre/tutor y del proveedor, y la receta por escrito. Esto incluye tanto medicamentos con receta como los medicamentos sin receta.
- El padre/tutor es responsable de llenar la Parte I, y obtener la receta con la debida autorización más la firma del proveedor de la salud en la Parte II. Cada 12 meses debe completarse un nuevo Formulario para el Uso de Medicamentos o cada vez que haya cambios en la Autorización de Medicamentos existente. La información necesaria incluye, nombre del estudiante, diagnóstico, alergias (escribir ninguna o n/a si no tiene), nombre del medicamento, concentración, dosis, hora de la administración, vía de administración, los posibles efectos secundarios, la firma del proveedor de la receta y la fecha.
- Personal del cuidado de la salud en la escuela o personal capacitado de la escuela y designado por el director administrará todos los medicamentos.
- Todos los medicamentos recetados deben presentarse en su envase original con la etiqueta de la farmacia incluida. La etiqueta de la farmacia no debe estar vencida. Se deben recibir los medicamentos sin receta en su empaque original y con el sello de seguridad intacto.
- La primera dosis de cualquier medicamento nuevo que no sea de emergencia debe darse en la casa antes de administrarse en la escuela
- El padre/tutor es responsable por recoger la porción sin usar de un medicamento después de la fecha de vencimiento o en la fecha de vencimiento de la orden médica. Si el padre o tutor no recoge el medicamento, después de tres intentos de contacto, será enviado al departamento Risk Management para ser eliminado.
- Se requiere una orden médica autorizada y el permiso del padre/tutor para que un estudiante lleve/se administre medicamentos de emergencia, como inhaladores para el asma, la epinefrina/el Auvi-q autoinyectable para la anafilaxia. **Es sumamente importante que el estudiante entienda la necesidad de informar a la enfermera o personal escolar que se ha administrado el inhalador o la epinefrina/Auvi q autoinyectable y que no siente mejoría para poder llamar al 911.**
- La enfermería escolar se encargará de llamar al proveedor del medicamento recetado, como lo permite la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), en caso de tener preguntas sobre el estudiante o el medicamento del estudiante.

Autorización para Medicamentos Seleccionados que no Requieren Receta (OTC, en inglés) con Consentimiento de los Padres (Solo para grados 9-12)

Si el estudiante necesita tomar medicamentos sin receta en la escuela o en una excursión escolar, el padre/tutor y el estudiante deben completar y firmar el Formulario de Autorización de Medicamentos Seleccionados que no Requieren Receta con Consentimiento de los Padres frente a un notario.

- Solo se permite llevar y administrarse los siguientes medicamentos sin receta:
 - o Tylenol
 - o Midol
 - o Ibuprofeno
 - o Tums
 - o Allegra
 - o Claritin
 - o Lactaid

Autorización para Uso de Productos Tópicos que no Requieren Receta (OTC), con el Consentimiento de los Padres

- Los estudiantes de todos los grados pueden llevar consigo y aplicarse repelentes de mosquitos, insectos (en lociones y toallitas húmedas solamente) y protector solar (aunque no se permiten los productos en aerosol).
- El padre/tutor debe llenar y firmar el Formulario de Autorización para Uso de Productos Tópicos que no Requieren 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 el día y que generalmente no toma durante el horario escolar. Informe sobre cualquier cambio en el estado de salud de su hijo(a).

Inmunizaciones (Consulte el Estatuto de la Florida 1003.22)

- Asegúrese de que las vacunas de su hijo(a) estén al día. Si tiene alguna duda, verifique 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 exenciones médicas de su proveedor de la salud o exenciones religiosas del Departamento de Salud de la Florida en Broward.

Información adicional sobre los requisitos de inscripción escolar están disponibles en <https://www.browardschools.com/Page/56759>. Si tiene alguna pregunta, por favor, contáctese con la escuela de su hijo(a).

Formulario de Autorización para Uso de Medicamentos 2022/2023 (Todos los grados)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

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

Autorización para Medicamentos/Tratamiento Medicamentos con o sin receta (OTC)

PARTE I: PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR (TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN)

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 los medicamentos 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. Doy mi consentimiento para contactar al médico/proveedor del medicamento(s) para esclarecer la información proporcionada sobre esta autorización en caso de necesidad.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Escuela _____

Firma del padre/tutor _____ Teléfono _____ Fecha _____

PARTE II: PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO/PROVEEDOR DE LA SALUD (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

Allergias (alergias) _____

Diagnosis (diagnóstico) _____

MEDICATION (medicamento)	STRENGTH (potencia)	DOSAGE (dosis)	TIME(S) TO BE GIVEN (Horario de administración)	ROUTE (Vía)	SIDE EFFECTS (Efectos secundarios)

Please check the appropriate box:

- I believe that this student has received adequate information on how and when to use their medication and they can use it properly.
- The student is to carry the medication on their person with the principal's knowledge. (An additional supply, to be used as backup may be kept in the school health room or other approved locations)
- The medication will be kept in the school health room.

Please list any limitations/precautions that should be considered _____

Physician's Name (Print) _____ Physician's Signature _____

Physician's Telephone # _____ Physician's Fax # _____

Date Completed _____

PARTE III: PARA COMPLETAR POR LA ENFERMERA/PERSONA DESIGNADA DE LA ESCUELA (TO BE COMPLETED BY SCHOOL HEALTH NURSE/DESIGNEE)

Check as appropriate:

- Parts I and II are completed in entirety, including signatures.
- Prescription medication is properly labeled by pharmacist.
- Medication authorization and medication label are consistent and pharmacy label is **NOT** expired.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage and label, labeled with student's name and safety seal is intact.
- Medication has been signed into clinic by parent and counted with school staff member.

School Designee/Healthcare Personnel (Print)

School Designee/Healthcare Personnel (Signature)

Date

Autorización de Medicamentos Seleccionados que no Requieren Receta con Consentimiento de los Padres (Grados 9-12) 2022/2023

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

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

Autorización para Medicamentos Seleccionados que no Requieren Receta con Consentimiento de los Padres (Grados 9-12)

Indicaciones: El padre/tutor debe dar su consentimiento al llenar cada sección para que el estudiante pueda llevar o administrarse cualquiera de los medicamentos específicos que no requieren receta. Este formulario no tendrá validez si está incompleto. El padre/tutor y el estudiante deben firmar este documento frente a un notario.

I. Información del estudiante/padre

Nombre del estudiante (En letra de imprenta)	Fecha de nacimiento	Alergias	Grado
Nombre del padre/tutor (En letra de imprenta)		Dirección	
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Otro teléfono	
II. Medicamentos (El padre/tutor debe completar esta parte)			

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

Administración de medicamentos por vía oral	Dosis y Hora	Síntomas	Comentarios	Fecha de vencimiento del medicamento
Acetaminofén (Tylenol) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar malestares y dolores; (fiebre a partir de 100.4 ° F (38 ° C) no se tratará en la escuela)	Estudiantes con fiebre mayor de 100.4 ° F (38 ° C) deberán ser enviados a casa.	
Carbonato de calcio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para dolor estomacal y acidez	Advertencia: Puede causar estreñimiento	
Ibuprofeno (Advil, Motrin) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar malestares y cólicos menstruales (fiebre a partir de 100.4 ° F (38 ° C) no se tratará en la escuela)	Advertencia: No contiene aspirina, pero no se debe administrar al estudiante que tiene asma o es alérgico a la aspirina	
Midol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Cólicos menstruales	Advertencia: Los estudiantes con sensibilidad a la aspirina deben tener cuidado	
Allegra <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: No tomar otro medicamento para el resfrío o las alergias a menos que su médico se lo indique	
Lactaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Intolerancia a la lactosa	No es común que hayan efectos secundarios cuando se toma en dosis pequeñas	
Claritin <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar los síntomas de las alergias estacionales (estornudo, picazón, goteo nasal)	Advertencia: No tomar otro medicamento para el resfrío o las alergias a menos que su médico se lo indique	

III. Consentimiento del padre (solo el padre/tutor puede completar esta parte)

Al firmar este documento, yo (el padre o tutor legal) entiendo que mi hijo(a) podrá con mi consentimiento llevar y administrarse medicamentos específicos que no requieran receta. Entiendo que al permitir que mi hijo(a) lleve y se administre estos medicamentos asumo la responsabilidad que resulte de llevar y administrar los medicamentos. Entiendo que todos los medicamentos tienen que estar en su envase original y etiquetados correctamente con el nombre completo de mi hijo(a). Entiendo la regla y he informado a mi hijo(a) que si se pasa de las dos (2) dosis autorizadas o vende o distribuye el medicamento sin receta, 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 específicos que no requieren receta. 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 mencionados.

Nombre del padre/tutor (En letra de imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____ Relación con el estudiante _____

Teléfono de la casa _____ Telefono del trabajo/celular _____

Correo electrónico _____

IV. Acuse de recibo del estudiante (solo el estudiante puede completar esta parte)

Nombre del estudiante (En letra de imprenta) _____

Firma del estudiante _____

V. To Be Completed by Notary Public Only (solo un notario público puede completar esta parte)

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) 2022/2023

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, 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_____

Instrucciones: El padre/tutor debe dar su consentimiento al llenar cada sección para que el estudiante pueda llevar o administrarse los Productos Tópicos que no requieren receta. Este formulario no tendrá validez si está incompleto.			
I. Información del estudiante/padre			
Nombre del estudiante (En letra de imprenta)	Fecha de nacimiento	Alergias	Grado
Nombre del padre/tutor (En letra de imprenta)		Dirección	
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Otro teléfono	
El padre/tutor debe completar esta sección			
NO SE PERMITEN PRODUCTOS EN AEROSOL O CON MECANISMO DE BOMBEO			
<u>Repelente de insectos y mosquitos</u>		Administrar según las instrucciones del fabricante	
Llevar y aplicarse únicamente toallitas húmedas o lociones Iniciales del padre: _____			
<u>Bloqueadores solares</u>		Administrar según las instrucciones del fabricante	
Llevar y aplicarse Iniciales del padre: _____			

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), y no el personal de salud, se aplicará los productos tópicos sin receta. Es mi responsabilidad que el producto tópico corresponda a la edad de mi hijo(a). Entiendo que puedo autorizar a mi hijo(a) a llevar y aplicarse el producto tópico indicado arriba y asumo toda responsabilidad por la administración de los medicamentos que se aplique. 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 envía 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 envíe estos productos.

Nombre del padre/tutor (En letra de imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____ Parentesco con el estudiante _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo/celular _____

Correo electrónico _____

Formulario de Autorización para Tratamiento Respiratorio 2022/2023 (Todos los grados)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

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

Formulario de Autorización para Tratamiento con Medicamentos- Tratamiento Respiratorio

PARTE I: PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

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 los medicamentos en el plantel o en eventos oficiales fuera del plantel durante el horario escolar. Doy mi consentimiento para contactar al médico/proveedor del medicamento(s) para esclarecer la información proporcionada sobre la autorización en caso de necesidad. **AVISO: El personal escolar solo puede administrar tratamientos autorizados por un médico/proveedor de la salud. Es la responsabilidad del padre/tutor notificar a la escuela cuando haya un cambio en el régimen de tratamiento.**

Escuela _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Firma del padre/tutor _____ Teléfono _____ Fecha _____

PARTE II: PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO/PROVEEDOR DE LA SALUD (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

El médico debe completar esta sección cuando se requiera la destreza de un enfermero/personal especializado para la administración de medicamentos y/o tratamientos para los estudiantes durante el día escolar. Cuando corresponda, el equipo del Plan Educativo Individualizado (IEP) conducirá la revisión de esta orden para determinar el apoyo y los servicios que se prestarán al estudiante.

Diagnosis	Allergies
<input type="checkbox"/> Artificial Airway Type _____ Size _____	<input type="checkbox"/> Oxygen Oxygen delivered via <input type="checkbox"/> Nasal Cannula <input type="checkbox"/> Face Mask Oxygen Flow Rate _____ Liters Per Minute (LPM)
<input type="checkbox"/> Ventilator Type _____ Model _____ Pressure Support _____ Pressure/IPAP _____ Tidal Volume _____ Respiratory Rate _____ FIO2/LPM _____ PEEP/EPAP _____ Inspiratory Rate _____ Low Minute Volume _____ High Pressure _____ Low Pressure _____	<input type="checkbox"/> Pulse Oximeter Monitoring Frequency _____ Keep Oxygen saturations above ____% <input type="checkbox"/> CPT Frequency: _____
<input type="checkbox"/> Suctioning <input type="checkbox"/> Oral/Nasal <input type="checkbox"/> Tracheostomy	<input type="checkbox"/> BiPAP/CPAP Settings: _____
<input type="checkbox"/> Nebulizer Please specify order _____ (Please circle one) As needed/Daily for _____	<input type="checkbox"/> Inhaler Please specify order _____ As needed/Daily for _____ (Please circle one)

List any limitations/precautionary measures that should be considered; e.g. physical education, activity intolerance, outdoor activities, heat sensitivity, transporting, lifting, moving, special devices/equipment: _____

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, specify: _____

Physician's Name (Print) _____ Physician's Signature _____

Physician's Telephone # _____ Physician's Fax # _____

Date Completed _____

Formulario de Autorización para Tratamiento Gastrointestinal/Genitourinario 2022/2023 (Todos los grados)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

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

Formulario de Autorización para Tratamiento con Medicamentos-Tratamiento Gastrointestinal/Genitourinario (GI/GU)

PARTE I: PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

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 los medicamentos en el plantel o en eventos oficiales fuera del plantel durante el horario escolar. Doy mi consentimiento para contactar al médico/proveedor del medicamento(s) para esclarecer la información proporcionada sobre la autorización en caso de necesidad. **AVISO: El personal escolar solo puede administrar tratamientos autorizados por un médico/proveedor de la salud. Es la responsabilidad del padre/tutor notificar a la escuela cuando haya un cambio en el régimen de tratamiento.**

Escuela _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Firma del padre/tutor _____ Teléfono _____ Fecha _____

PARTE II: PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO/PROVEEDOR DE LA SALUD (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

El médico debe completar esta sección cuando se requiera la destreza de un enfermero/personal especializado para la administración de medicamentos y/o tratamientos para los estudiantes durante el día escolar. Cuando corresponda, el equipo del Plan Educativo Individualizado (IEP) conducirá la revisión de esta orden para determinar el apoyo y los servicios que se prestarán al estudiante.

Diagnosis	Allergies
<input type="checkbox"/> G-Tube G-Tube Type _____ Size _____ FR Length _____ cm Balloon Volume _____ mL <input type="checkbox"/> Oral feeds tolerated <input type="checkbox"/> Nothing by mouth <input type="checkbox"/> Not accessed during school hours Type(s) of oral feeds tolerated _____ Tube feeding formula _____ Feeding amount _____ Delivered via Pump _____ mL/hr Gravity Frequency _____ Water flush _____ mL Frequency _____ If G-Tube becomes dislodged and student is receiving services of trained one to one nurse, nurse may replace G-Tube <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Specify Instructions _____ _____	Ostomy Care Instructions _____ Catheterization: <input type="checkbox"/> Indwelling <input type="checkbox"/> Suprapubic <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> Mitrofanoff <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Urostomy Catheter Size _____ Frequency _____ <div style="background-color: #cccccc; height: 100px; width: 100%;"></div>

List any limitations/precautionary measures that should be considered; e.g. physical education, activity intolerance, outdoor activities, heat sensitivity, transporting, lifting, moving, special devices/equipment _____

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, specify _____

Physician's Name (Print) _____ Physician's Signature _____

Physician's Telephone and Fax # _____ Date Completed _____

Formulario de Consentimiento de Padres para Servicios de Salud 2022/2023 (Todos los grados)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

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

Formulario de Consentimiento de Padres/Tutores para Servicios de Salud Escolar

- Este consentimiento será efectivo hasta que su hijo(a) se transfiera a otro distrito escolar, se gradúe, o usted indique por escrito su deseo de revocar el consentimiento de servicios de salud escolar.
- En caso de ser necesario, se realizarán servicios de salud de emergencia, como primeros auxilios, resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) o el uso de un desfibrilador automático externo (AED, por sus siglas en inglés) hasta que los servicios médicos de emergencia lleguen al plantel.
- El personal de la clínica o personal escolar requerirá autorizaciones del padre/tutor por separado para administrar diariamente o cuando sea necesario los medicamentos con o sin receta, conducir procedimientos médicos o proporcionar tratamiento médico.

ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE Y DEVOLVERSE A LA CLÍNICA DE LA ESCUELA SI ESTÁ DE ACUERDO Y DESEA QUE SU HIJO(A) RECIBA ALGUNO DE LOS SERVICIOS DE SALUD INDICADOS ABAJO.

Escribir toda la información usando un lapicero

Información del estudiante

				Masculino <input type="checkbox"/>
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento del estudiante	Femenino <input type="checkbox"/>
Dirección	Número de departamento	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo		Celular	

Indicar con una "x" en los casilleros correspondientes los servicios que autoriza y desea que su hijo(a) reciba en la escuela.

Atención y tratamiento por enfermedad y lesión	<input type="checkbox"/>
Examen de la vista	<input type="checkbox"/>
Audición	<input type="checkbox"/>
Examen de escoliosis	<input type="checkbox"/>
Examen de crecimiento y desarrollo (índice de masa corporal)	<input type="checkbox"/>
Examen dental y selladores dentales	<input type="checkbox"/>
Prueba COVID-19	<input type="checkbox"/>

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

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

Formulario de Consentimiento de Prueba Opcional Covid-19 del Estudiante 2022/2023 (Todos los grados)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

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

Formulario de Consentimiento de Prueba Opcional Covid-19 del Estudiante

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward (BCPS) están ofreciendo un programa de pruebas COVID-19 para todos los estudiantes (prekínder-adulto). Las pruebas solo se realizarán con el consentimiento del padre o del estudiante mayor de edad. Si está dispuesto a autorizar la administración de esta prueba para su hijo(a) o para usted (si es un estudiante de 18 años o más), por favor, llene este formulario.

¿En qué consiste la prueba?

Si su hijo(a) presenta síntomas de la COVID-19 o es parte de un grupo designado para esta prueba, con su autorización, su hijo(a) recibirá una prueba gratuita para la detección del virus de la COVID-19. Esta se realiza con un hisopo, similar a un Q-Tip, que se introduce en la nariz. El personal de salud de la escuela que ha sido capacitado para realizar esta prueba tomará la muestra y un administrador capacitado en la toma de pruebas COVID-19 supervisará el proceso. El resultado de la prueba estará a disposición del padre/tutor que firme este formulario. Se tendrá acceso a los resultados mediante la aplicación Healthy Together. Este programa es totalmente opcional para los estudiantes, sin embargo, esperamos que los padres, estudiantes adultos opten por realizar la prueba para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo(a)?

Si su hijo(a) o usted (si es un estudiante mayor de 18) da positivo en coronavirus, se le llevará a un salón separado del resto de los estudiantes y el personal hasta que lo(a) vengán a recoger. Su hijo(a) podrá regresar a la escuela de conformidad con la Guía de Aislamiento y Cuarentena de BCPS. En un número reducido de casos, a veces, las pruebas producen resultados incorrectos – arrojando resultados negativos (llamados “falsos negativos”) en personas que tienen COVID-19 o arrojando resultados positivos (llamados “falsos positivos”) en personas que no tienen COVID-19. Si el resultado de la prueba de su hijo(a) es negativo, pero tiene síntomas, el estudiante no debe regresar a la escuela hasta diez días después de la aparición de los síntomas y cuando estos hayan desaparecido.

Síntomas conocidos:

Las personas con COVID-19 han reportado una gran variedad de síntomas – desde los más leves a una enfermedad grave. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. La lista de síntomas de la COVID-19 son, entre otros:

- Sensación febril o temperatura mayor o igual a 100. 4 grados Fahrenheit (38 °C)
- Pérdida del gusto u olfato
- Tos
- Dificultad para respirar
- Falta de aire
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Congestión o goteo nasal
- Escalofríos o estremecimientos intensos
- Dolor o malestar muscular significativo
- Diarrea
- Náusea o vómito

Descargo de responsabilidad:

Aunque se tomen las debidas precauciones, por favor, tenga presente que ni el administrador de la prueba ni las Escuelas Públicas del Condado de Broward, ni ninguno de sus administradores, funcionarios, empleados u organizaciones patrocinadoras son responsables por algún accidente o lesiones que su hijo(a) o usted (si es un estudiante mayor de 18) pueda sufrir como resultado de haber aceptado el examen.

Instrucciones: Para completar por el padre/tutor o estudiante adulto			
Información del estudiante			
Nombre del estudiante (En letra de imprenta)	Nombre de la escuela	Fecha de nacimiento	Grado
Raza/Origen étnico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo americano/amerindio <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Sin determinar		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Sin determinar	
Dirección	Ciudad y Estado	Código Postal	Condado
Celular	Proveedor del cuidado de salud/Teléfono		
Información del padre/tutor			
Se notificará al padre/tutor el resultado de la prueba por teléfono celular, correo electrónico o ambos medios			
Nombre del padre/tutor (En letra de imprenta):	Teléfono celular del padre/tutor <i>Nota: Los resultados se enviarán por mensaje de texto a este número</i>		
Correo electrónico del padre/tutor:			
(Para completar por el padre/tutor solamente)			

Al firmar abajo, yo (el padre o tutor legal) certifico que:

- A. Doy mi consentimiento y autorizo al sistema escolar a realizar la toma de muestra y prueba COVID-19 por hisopado nasal para mi hijo(a) o para mí (si es un estudiante de 18 años o más).
- B. Reconozco que el resultado positivo es una indicación de que mi hijo o el estudiante de 18 años o más se debe aislar para evitar contagiar a los demás.
- C. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como el proveedor de atención médica de mi hijo(a), esta prueba tampoco reemplaza el tratamiento del proveedor de la salud, y asumo la responsabilidad plena y exclusiva de tomar las medidas adecuadas relacionadas con los resultados de la prueba. Estoy de acuerdo con buscar asesoramiento, atención y tratamiento médico del proveedor de salud de mi hijo(a) cuando tenga preguntas o inquietudes o los síntomas empeoren.
- D. Estoy consciente de que, así como ocurre con cualquier otra prueba médica existe la posibilidad de un falso positivo o un falso negativo en el resultado de la prueba COVID-19.
- E. Entiendo que esta prueba se puede realizar varias veces durante el año escolar 2022-2023, y autorizo las pruebas para mi hijo(a) o para mí (si es un estudiante de 18 años o más) durante el año escolar 2022-2023. Entiendo que esta autorización puede revocarse presentando una notificación de anulación por escrito con mi firma a la escuela.

Firma del padre/tutor _____ Parentesco con el estudiante _____

Firma del estudiante _____

(si tiene 18 años o más o está autorizado a dar su consentimiento)

GRATIS EXÁMENES DE VISTA Y ANTEOJOS PARA NIÑOS

Disponible en teléfonos inteligentes / tabletas / computadoras con acceso a internet
Inglés / Español / Criollo Haitiano / Portugués

¡PADRES HAGAN SU SOLICITUD YA!

www.floridaheiken.org



- Estudiantes de la Florida
 - Pre-K hasta 12° grado
 - Presentar una solicitud nueva cada año escolar
- UTILICE EL PORTAL HEIKEN**
- Confidencial
 - Seguro



La información del estudiante es confidencial y no se comparte con ninguna otra entidad.

Parcialmente financiado por:



Formulario del Programa de Visión Infantil Florida Heiken 2022/2023 (Todos los grados)

Programa Escolar de Examen de la Vista y Anteojos Gratuitos 2022-2023

Para una tramitación más rápida, de 6 a 9 semanas, haga su solicitud desde su celular en WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG

HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only): County: _____ Teacher _____ Referring school or agency: _____ Private must list scholarship: _____ Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____	For Heiken Use Only: Acct #: _____ Date Entered: _____ Status: _____ Auth. Date: _____ Ins: _____
--	--

Nombre completo de la escuela _____ Grado _____ ID del estudiante: _____ Género M/F _____
 Nombre del Estudiante _____ Fecha De Nacimiento del estudiante (MM/DD/YY) _____
 Dirección _____ Apto _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Teléfono Celular _____ Teléfono del Padre _____
 Nombre del padre/tutor _____ Correo electrónico _____
 # de personas en el hogar _____ Ingreso Anual \$ _____, _____, _____ **.00 al año**
Origen étnico: Afroamericano Asiático Hispano Nativo Americano Blanco (no-Hispano) Haitiano Otro
Idioma Preferido: Inglés Español Criollo Haitiano Portugués Otro
 Su **hijo(a)** tiene/o ha tenido:

Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Examen de la vista en el último año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anteojos/espejuelos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía/lesión o enfermedad en los ojos <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 de células falciformes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamento o gotas para los ojos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesidad especial o retraso del desarrollo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Requiere alguna asistencia especial (intérprete, visual, silla de ruedas) _____	 <p>FLORIDA HEIKEN Children's Vision Program, LLC A DIVISION OF MIAMI LIGHTHOUSE</p>	Algún integrante de la familia del estudiante ha padecido de : Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desviación ocular/estrabismo <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 de células falciformes COVID-19—Algún familiar en las 2 últimas semanas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre, tos, dolor de garganta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de olfato / gusto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En contacto con alguien diagnosticado con COVID-19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viajó fuera de los EEUU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hijo(a) aprendiendo virtualmente
---	--	--

Por favor, explicar sobre las repuestas "Sí": _____

Consentimiento para examen de la vista- Al firmar abajo, doy mi autorización para que el Florida Heiken Children's Vision Program (FHCVP) realice un examen ocular completo a mi hijo(a), que incluya dilatación, ya sea en la escuela por un optometrista en una unidad móvil o en la oficina de un proveedor asignado.
Aviso de Prácticas de Privacidad – Entiendo que el aviso de prácticas de privacidad para el FHCVP de Miami Lighthouse está a mi disposición si deseo solicitar una copia llamando al (305) 856-9830 / 1(888)996-9847, y que las cámaras de seguridad están en uso y grabando en todas las unidades móviles en todo momento.
Intercambio de Información – Al firmar abajo, autorizo el intercambio de información entre el FHCVP, sus financiadores, incluyendo el Departamento de Salud de Florida para fines de auditoría, y las Escuelas Públicas del Condado (EPC) sobre todos los informes médicos de optometría de mi hijo(a) a los proveedores de programas participantes para determinar el cuidado apropiado. También doy mi autorización para que las EPC liberen cualquier información incompleta o poco clara para procesar esta solicitud. Yo entiendo que el FHCVP o sus financiadores me pueden contactar para dar una opinión anónima sobre los servicios recibidos, y tengo el derecho de no participar si me contactan. Yo / Nosotros entendemos que la COVID-19 puede causar una enfermedad, discapacidad o incluso la muerte, y con conocimiento de causa corremos el riesgo y exoneramos de responsabilidad a la Escuelas Públicas del Condado y al FHCVP o a sus médicos o personal por cualquier lesión o reclamo en caso de que mi hijo, o alguien con quien entre en contacto, dé positivo o se sospeche que sea positivo por COVID-19 o por un accidente o percance que involucre la participación de mi hijo(a)/ pupilo(a) en el FHCVP.

Sí NO Yo autorizo a que mi hijo(a) sea fotografiado(a) por FHCVP para propósitos de relaciones públicas, y renuncio a cualquier/todo reclamo presente/ futuro de las fotos.
 Sí NO Mensajes de texto: Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y correo electrónico sobre la participación del programa. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR (obligatorio) _____ **Fecha:** _____

Autorización para la cobertura de seguro- Si el plan de seguro es aprobado y mi hijo(a) tiene la oportunidad de un examen de vista en una unidad móvil (solamente), autorizo al FHCVP a usar el seguro de mi hijo(a) para un examen de vista integral con dilatación de pupilas, y anteojos, si son recetados (que incluye monturas de anteojos seleccionados, lentes transparentes de policarbonato sin más complementos). Entiendo que se aplicará la cobertura de seguro de vista de mi hijo(a).

FIRMA (Autorización para usar la cobertura del seguro) _____ **Fecha:** _____

Para más información, llamar al 1-888-996-9847.

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

El programa de Visión Infantil Heiken de la Florida es una organización de igualdad de oportunidades y no discrimina a los solicitantes calificados por motivos de raza, color, religión, ascendencia, edad, sexo, estado civil, origen nacional, discapacidad o estado de veterano. Revised 4.23.2021

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

8. ¿Le pidió su hijo(a) permiso para ir o venir 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 venir 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 venir de la escuela a pie o en bicicleta? (Escoja una respuesta por línea, marque el casillero con una X)

- Distancia Sí No No estoy seguro(a)
- Facilidad de llevar a mis hijos en carro Sí No No estoy seguro(a)
- Horario Sí No No estoy seguro(a)
- Actividades antes o después de clases de mi hijo(a) Sí No No estoy seguro(a)
- Velocidad del tráfico en la ruta Sí No No estoy seguro(a)
- Volumen del tráfico en la ruta Sí No No estoy seguro(a)
- Adultos para ir a pie o en bicicleta Sí No No estoy seguro(a)
- Seguridad de cruces y pasos peatonales Sí No No estoy seguro(a)
- Guardias de tránsito Sí No No estoy seguro(a)
- Violencia o crimen Sí No No estoy seguro(a)
- Condición del tiempo o clima Sí No No estoy seguro(a)

11. ¿Permitiría a su hijo(a) ir o venir de la escuela a pie o en bicicleta? (Elija una opción, marque el casillero con una X)
 Mi hijo(a) ya va y viene de la escuela a pie o en bicicleta Sí No 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, ¿en qué medida la escuela de su hijo(a) aconseja o desaconseja ir a pie o en bicicleta a la escuela?
 Aconseja firmemente Aconseja Ninguno Desaconseja Desaconseja firmemente

13. ¿Qué tan divertido es para su hijo(a) ir a pie o en bicicleta a la escuela?
 Muy divertido Divertido Ninguno Aburrido Muy aburrido

14. ¿Qué tan saludable es para su hijo(a) ir a pie o en bicicleta a la escuela?
 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. ¿Cuál es el grado escolar o nivel educativo más alto que haya completado?
 Grados 1 – 8 (Educación primaria) 1 a 3 años universitarios (universidad/instituto técnico)
 Grados 9 –11 (Educación secundaria incompleta) 4 o más años universitarios (graduado de la universidad)
 Grado 12 o GED (Graduado de secundaria) Prefiero no responder

16. Por favor, proporcione cualquier comentario adicional.

Formulario de Exclusión Voluntaria de Encuestas sobre el Aprendizaje Socioemocional 2022/2023 (Grados 3-12)



THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
School Counseling & BRACE Advisement • 1400 NW 14th Court, Ft. Lauderdale, FL 33311 • (754) 321-1675



Formulario de Exclusión Voluntaria de Encuestas sobre el Aprendizaje Socioemocional (SEL) del Estudiante

El Aprendizaje Socioemocional (SEL) es el proceso de desarrollo de la autoconcientización, el autocontrol, la toma de decisiones y las habilidades interpersonales que son de gran importancia para el éxito en la escuela, el trabajo y la vida. Con el fin de asesorar la instrucción efectiva del SEL, el Distrito administrará una serie de encuestas breves. Solo el personal autorizado de BCPS utilizará los datos recolectados para conducir actividades escolares y proporcionar servicios SEL personalizados a los estudiantes. En específico, los tipos de datos formativos que se recojan se centrarán en la autoconcientización, autocontrol, conciencia social, habilidades sociales y toma de decisiones.

Para ver las muestras de las encuestas SEL para los grados 3-12 y los materiales didácticos ingrese a: <https://www.browardschools.com/Page/62627> o agende una cita con la persona de enlace SEL de su escuela. Los recursos y las estrategias complementarias para padres sobre la forma de incorporar el SEL en casa se encuentran en nuestro Kit de Herramientas del SEL y la Atención Plena (*Mindfulness*) para Familias y Estudiantes en: <https://browardschools.instructure.com/courses/1061943>

Nota: Su hijo(a) será registrado(a) automáticamente para tomar las Encuestas SEL. Solo complete este formulario si desea que su hijo(a) sea exonerado(a) de las Encuestas SEL. Para la exclusión voluntaria, marque en el espacio correspondiente, complete la información de abajo, firme el formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo(a) dentro de un plazo de 10 días a partir del primer día de matrícula en la escuela. Si no devuelve este formulario significa que autoriza a su hijo(a) a participar en las Encuestas SEL.

_____ Yo **NO** quiero que mi hijo(a) participe en ninguna encuesta SEL.

Nombre de la escuela _____

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Nombre del padre/tutor (En letra de imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

¡A RECARGAR ENERGÍA!

Broward County Public Schools
Food and Nutrition Services



Política de Precios de Comidas Escolares

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward (BCPS) saben cuán importante es que los niños y jóvenes reciban alimentos balanceados y nutritivos para recargar energía y ¡aprender!

POLÍTICA DE PRECIOS DE DESAYUNOS Y ALMUERZOS

- El Desayuno Universal Gratuito está disponible para **TODOS** los alumnos de BCPS durante todo el año escolar.
- Se espera que los alumnos paguen sus almuerzos al momento del servicio.
- Cuando un alumno no puede comprar su almuerzo, nuestra política le permite cargar una comida a su cuenta.
- El/la estudiante recibirá una comida opcional, si no se agregan fondos a su cuenta.
- Nos esforzamos en proporcionar recordatorios diarios de forma oral o escrita. Los padres reciben notificaciones diarias por teléfono hasta reponer los fondos.

PRECIOS DE COMIDAS

- Las comidas se pueden pagar en línea en www.myschoolbucks.com o descargando la app MySchoolBucks en su teléfono inteligente.
- MySchoolBucks le permite administrar la cuenta de alimentos del alumno, incluso puede configurar pagos automáticos y alertas para cuando la cuenta esté baja. (Se aplicará un cargo adicional de \$1.95 por transacción a su tarjeta de crédito/débito).
- También puede hacer pagos en efectivo o con cheque en la cafetería de su escuela.

COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

- BCPS ofrece comidas gratuitas o a precio reducido para los alumnos que califiquen para la cobertura de alimentos.
- Todos los alumnos deben pagar el precio completo del almuerzo a menos que Meal Benefits dé su aprobación para que reciban comidas gratuitas o a precio reducido.
- Se aceptan solicitudes en todo momento del año escolar y solo se requiere una solicitud por familia.
- Las familias pueden llenar la solicitud para la cobertura de alimentos con el fin de determinar si califican para comidas gratuitas o a precio reducido. Visiten www.myschoolapps.com para completar su solicitud.
- Para más información y saber el estado de su solicitud, contáctese con Meal Benefits al 754-321-0250.

Precios de las COMIDAS

NIVEL EDUCATIVO/Otros	PRECIO DEL DESAYUNO	PRECIO DEL ALMUERZO
Primaria	GRATIS	\$2.00
Intermedia	GRATIS	\$2.35
Secundaria	GRATIS	\$2.50
Precio reducido (Alumnos que califican)	GRATIS	\$0.40
Adulto	\$1.80	\$2.75
1 taza de leche	\$0.50	\$0.50
Artículos del menú	browardschools.com/Page/30956	



Office of Academics
Nicole M. Mancini, Ed.D., Chief Academic Officer
600 Southeast Third Avenue
Fort Lauderdale, FL 33301
phone: 754-321-2618 • fax: 754-321-2701
nicole.mancini@browardschools.com
<https://www.browardschools.com/domain/12424>

**The School Board of
Broward County, Florida**

Laurie Rich Levinson, Chair
Patricia Good, Vice Chair

Lori Alhadeff
Daniel P. Foganholi
Debra Hixon
Donna P. Korn
Sarah Leonardi
Ann Murray
Nora Rupert

Dr. Vickie L. Cartwright
Superintendent of Schools

19 de julio de 2022

PARA: Padres o tutores

DE: Departamentos de Aprendizaje de Nivel Primaria y Secundaria

ASUNTO: Resumen de Intervenciones, Apoyos y Servicios para todos los Estudiantes

Todas las Escuelas Públicas del Condado de Broward tienen procesos en marcha para cubrir las necesidades de los estudiantes en las áreas académicas, sociales, emocionales y del funcionamiento conductual. Específicamente, cada escuela ofrece un marco de varios niveles de apoyos académicos y conductuales a los estudiantes sobre la base de sus necesidades individuales. A este marco se le denomina Sistema de Apoyo de Varios Niveles (MTSS, por sus siglas en inglés).

Cada escuela tiene un comité de profesionales conocido como el Equipo de Resolución Colaborativa de Problemas (CPS Team, en inglés) que se reúne de forma regular para revisar los datos y tomar decisiones relacionadas con la necesidad particular de los estudiantes para la intervención o evaluación. El proceso de resolución de problemas incluye pasos que los equipos de las escuelas utilizan para determinar la forma que los estudiantes responden a la instrucción y las intervenciones proporcionadas. Este enfoque que se centra en emparejar las intervenciones con las necesidades de los estudiantes con monitoreo regular se llama Respuesta a la Intervención (RtI). La información recabada la utiliza el personal escolar para adaptar la instrucción y hacer posible que los estudiantes tengan éxito en la escuela.

La participación y el compromiso de los padres son vitales para el éxito del proceso. Los padres juegan un papel importante reforzando lo que sus hijos aprenden en la escuela. Cuantos más padres se involucren en el aprendizaje de sus hijos, más probabilidad hay que los estudiantes tengan éxito en la escuela. Tanto padres como el personal de la escuela pueden solicitar que sus inquietudes sobre un estudiante sean consideradas en una reunión del Equipo CPS.

Los padres interesados por la respuesta a la instrucción/intervención de sus hijos, o algún otro asunto social, emocional o conductual deben contactarse con la persona encargada del MTSS o la administración de la escuela de sus hijos para solicitar una reunión con el Equipo CPS con el fin de revisar las intervenciones que se están proporcionando y el progreso de los estudiantes. Los padres interesados por el progreso de sus hijos hacia las metas académicas o conductuales según el IEP deben contactarse con el Especialista ESE o la administración de la escuela para solicitar una reunión del IEP para revisar los servicios que se están proporcionando y el progreso de los estudiantes. Lo más importante es que estas reuniones son extremadamente personalizadas según las necesidades de los estudiantes.

Cada estudiante tiene la posibilidad de acceder a una gran variedad de apoyos o servicios que incluyen las intervenciones académicas, sociales, emocionales y conductuales en la educación general; asesoramiento en la escuela y en la comunidad; evaluaciones para dotados, evaluaciones de la Sección 504, y evaluaciones de la Educación de Estudiantes Excepcionales (ESE).

Si tienen alguna pregunta, sírvanse contactarse con la Oficina de *Academics* al 754-321-2618. Además, todas las escuelas cuentan con intervenciones, apoyos y servicios adaptados a las necesidades únicas de sus hijos y la escuela. Para información específica contáctense con la escuela de sus hijos.

Información para Padres y Familias sobre el Sistema de Apoyos de Varios Niveles (MTSS)

¿Qué es un Sistema de Apoyo de Varios Niveles (MTSS)?

El **MTSS** es un término que se usa para describir el marco de prevención integral que hace referencia a todas las estrategias, intervenciones, apoyos y recursos académicos, conductuales y socioemocionales que se utilizan para ayudar a todos los estudiantes a crecer y lograr sus objetivos. MTSS abarca la Respuesta a la Intervención (RtI) y las Intervenciones y Apoyos Conductuales Positivos (PBIS).

¿Qué es la Respuesta a la Intervención?

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

¿Qué son las Intervenciones y los Apoyos Conductuales Positivos (PBIS)?

Los **PBIS** son los métodos que se utilizan para identificar y apoyar los comportamientos deseados en el entorno escolar mediante el fomento de comportamientos positivos en toda la escuela.



Universal – Nivel 1

Entorno de educación general
Todos los estudiantes reciben instrucción y apoyos académicos y conductuales de alta calidad.

Focalizado – Nivel 2

Entorno de educación general
Algunos estudiantes que necesitan apoyo suplementario reciben una instrucción/intervención en grupos pequeños más focalizada y específica, además de la instrucción y currículo académico y conductual universales

Intensivo – Nivel 3

Entorno de educación general
Unos pocos estudiantes necesitan una instrucción más intensiva según las necesidades individuales del estudiante, además del currículo académico y conductual, la instrucción y los apoyos universales y suplementarios

¿Cuáles son los beneficios del MTSS?

El objetivo general del MTSS es mejorar los resultados educativos de todo el estudiantado al identificar sus necesidades tempranas asegurándose de que no se queden sin atender.

El MTSS se centra en los datos para tomar decisiones sobre la adaptación de la enseñanza o el otorgamiento de apoyos adicionales para que los estudiantes mejoren su rendimiento. Las escuelas usan el MTSS para construir un sistema combinado de instrucción, intervención y apoyo en diferentes niveles de intensidad para los estudiantes según sus necesidades individuales. El MTSS es para todos los estudiantes.

¿Qué hago si creo que mi hijo(a) tiene dificultades?

- Participe en conferencias y reuniones de resolución de problemas para su hijo(a).
- Ayude a revisar las tareas escolares y proyectos.
- Pregunte qué intervenciones se están aplicando para las inquietudes académicas o conductuales.
- Pregunte qué técnicas se están aplicando para monitorear el progreso y la eficacia de las intervenciones establecidas.
- Pida a su escuela que le proporcione informes regulares de la supervisión del progreso.
- ¡Celebre los logros de su hijo(a)!

Recursos para padres

Este **video** presenta el empleo de la resolución de problemas y cómo ayudar a sus hijos [MTSS Introduction for Families](#).

Hacer clic en este enlace para ver la [Guía para Padres del MTSS](#)

Acceder a los siguientes enlaces para información adicional:

MTSS de las Escuelas Públicas del Condado de Broward

<https://www.browardschools.com/MTSS>

Florida's MTSS

<http://floridarti.usf.edu/>

Para más información o preguntas, contactar la escuela de sus hijos o el programa MTSS de las Escuelas Públicas del Condado de Broward al correo bcpsmtsrta@browardschools.com o llamar al 754-321-0000.



¿Cómo el MTSS ayudará a mi hijo(a)?

- Se incluirá a su hijo(a) en la identificación temprana de problemas académicos o conductuales para poder asistirlo(a) ante las primeras señales de dificultad.
- Se aumentará o disminuirá la ayuda según las necesidades y respuestas de su hijo(a).

¿Cómo puedo participar en el MTSS?

Las familias cumplen un papel importante reforzando lo que los niños aprenden en la escuela. Cuantos más padres se involucren en el aprendizaje estudiantil, mayor el desempeño académico de los estudiantes. Haga preguntas para saber más sobre el MTSS en la escuela de su hijo(a) y para clarificar cualquier duda:

- ¿Tiene mi hijo(a) éxito en la escuela? ¿Cómo lo puedo saber? Si no, ¿qué cambio debo hacer?
- Si es necesario, ¿cómo se va a proporcionar la 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 sé que las intervenciones están funcionando?

La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante enumera las reglas del Distrito a los alumnos de las Escuelas Públicas del Condado de Broward. Las 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, sino **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, acceda al *Back to School Toolkit* (<https://www.browardschools.com/bts-onlineforms>).

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 anualmente o cuando hayan 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 infringir estas reglas. Usted puede ver las normas de salud, suspensión o expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar en: <https://www.browardschools.com/Page/37754>
- 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 hasta el final del año escolar serán donados a organizaciones benéficas locales.
- Reconocer su responsabilidad por el comportamiento de sus hijos en la ida y vuelta de la escuela, y en el paradero de autobús. Un ambiente de aprendizaje seguro y respetuoso es la clave para el desempeño académico, por lo que las acciones de un 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 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 se puede solicitar la intervención de la Policía Escolar.
- 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 esta publicación.
- Continuar siendo responsables de sus hijos aun cuando cumplan la mayoría de edad (18 años o más), en lo relacionado con 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 formularios nuevos.

Nombre del estudiante (En imprenta)

Firma del estudiante

Nombre del padre (En imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha