



Established 1915

BROWARD
County Public Schools

Código de Conducta del Estudiante

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
Formulario de Autorización para Uso de Medicamentos
Formulario de Autorización para Tratamiento Respiratorio
Formulario de Autorización para Tratamiento Gastrointestinal/Genitourinario
Volante de Aviso sobre Asuntos de Seguridad
Formulario del Programa de Visión Infantil Florida Heiken
Volante 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 Aclaración del 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 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 indica 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, 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, 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 sin reclamar hasta 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. La clave para el desempeño académico es un ambiente de aprendizaje seguro, basado en el respeto, por lo tanto, 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 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 esta publicación.
- 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 formularios nuevos.

Nombre del estudiante (En imprenta)

Firma del estudiante

Nombre del padre (En imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha

Formulario de Autorización a los Medios de Comunicación del Año Escolar 2020/2021 (Todos los grados)

Yo, como padre de un 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 o por el Distrito Escolar para propósitos informativos o publicitarios. Soy consciente de 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.

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 – 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, sitios web de la escuela o del Distrito, redes 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. solicitudes de registros públicos).
Nota: Se puede liberar el nombre del estudiante, la dirección del estudiante, el teléfono del estudiante/padre, el grado escolar, el número de identificación del estudiante, el nombre del maestro o maestra y el número del aula para facilitar las publicaciones internas de la escuela. La posición del jugador(a) en el equipo deportivo y el número de su camiseta pueden divulgarse durante eventos deportivos.
2. ____ **YO NO PERMITIRÉ** que mi hijo(a) sea fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) para publicaciones escolares tales como anuarios, periódicos escolares, sitios web de la escuela o del Distrito, redes 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/tutor (En imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha

Formulario de Notificación de Exclusión Voluntaria FERPA del Año Escolar 2020/2021 (Todos los grados)

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

Por ejemplo: si marca abajo "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. Según la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), la Junta Escolar del Condado de Broward (SBBC) puede divulgar, a discreción, la información de directorio de un estudiante de cualquier grado, siempre y cuando el padre o estudiante de 18 años o más no haya notificado la exclusión voluntaria para la divulgación de esta información. SBBC se reserva el derecho de divulgar la información de directorio:

- (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 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, emancipados, o que están asistiendo a una institución de educación postsecundaria) pueden solicitar la exclusión de divulgación de algunos o todos los siguientes tipos de información de directorio indicando con una marca de verificación (✓) la información 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"/> Nivel de 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), pero excluyen el promedio final (GPA).

Nota: Este formulario se debe llenar y entregar a la escuela anualmente, con o sin selección, DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL PRIMER DÍA DE CLASES o a la fecha de matrícula que se efectúe después del inicio 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: En refencia a 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 específicas:

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 Específicas (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 2020 - 2021 (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 escrito 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 encargado 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 divulgar 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 divulgar 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 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 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>





¿Qué cubre el currículo?

K - 3

El currículo desde kindergarten hasta el tercer grado incluye lecciones sobre los sentimientos, la imagen personal positiva, la toma de decisiones, la prevención del abuso sexual y el mantenimiento de una vida saludable.

4 - 5

El currículo del 4° al 5° grado incorpora lecciones sobre la pubertad, la reproducción, el VIH, la amistad y la autoestima.

6 - 8

El currículo del 6° al 8° grado contiene lecciones tales como la abstinencia, la comunicación, la toma de decisiones, la reproducción y el VIH.

9 - 12

El currículo del 9° al 12° grado incluye lecciones sobre la abstinencia, los riesgos, la explotación sexual, las infecciones de transmisión sexual y la comunicación saludable.

Formulario de Exención de la Educación sobre Vida Familiar/Sexualidad Humana 2020/2021 (Todos los Grados)

El Estatuto de la 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:

“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 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, 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://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 LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL PRIMER DÍA DE CLASES o a 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 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
Marcia Bynoe, ARNP-BC, MSN, FNP/SNP, Director

marcia.bynoe@browardschools.com

**The School Board of
Broward County, Florida**
www.browardschools.com
Donna P. Korn, Chair
Dr. Rosalind Osgood, Vice Chair

Lori Alhadeff
Robin Bartleman
Heather P. Brinkworth
Patricia Good
Laurie Rich Levinson
Ann Murray
Nora Rupert

Robert W. Runcie
Superintendent of Schools

Estimado padre:

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 contactarse con 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 el reporte de salud ya sea en el formulario correspondiente o 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 asma, diabetes, fibrosis quística, anemia falciforme (sickleemia), convulsiones, reacciones alérgicas a ciertos alimentos, 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)

- No se administrará ningún medicamento en la escuela o durante actividades patrocinadas por la escuela sin la autorización escrita del padre/tutor y del proveedor que prescribió la receta. Esto incluye medicamentos con o sin receta.
- El padre/tutor es responsable de completar la Parte I, obtener la receta con la debida autorización y la firma del proveedor de la salud en la Parte II. Cada 12 meses debe completarse un nuevo Formulario para Uso de Medicamentos o cuando hay cambios en la Autorización de Medicamentos existente. La información que se requiere incluye nombre del estudiante, diagnóstico, alergias (especificar ninguna o n/a si no tiene), nombre del medicamento, concentración, dosis, hora de la administración, ruta de administración, posibles efectos secundarios, firma y fecha del proveedor de la receta
- Todos los medicamentos se administrarán por el personal del cuidado de la salud o funcionarios de la escuela capacitados y designados por el director.
- El medicamento debe ser enviado a la escuela por el padre/tutor o, en circunstancias especiales, por un adulto designado por el padre/tutor. Todos los medicamentos deben ser registrados en la clínica por el padre/tutor y contabilizados por la enfermera o el personal escolar. Si el medicamento es enviado con el estudiante, la enfermera o el personal escolar no podrá administrarlo.
- Todo medicamento con receta debe proporcionarse en el envase original con la etiqueta de la farmacia. No debe enviar medicamentos que ya vencieron según la etiqueta. Los medicamentos sin receta deben entregarse en el empaque original con el sello de seguridad intacto.
- La primera dosis de un nuevo medicamento 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, el medicamento 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 enfermera escolar llamará 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 Específicos que no Requieren Receta (OTC, en inglés) con Consentimiento de los Padres (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 Específicos 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. En caso de cualquier 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.

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).
- El programa de Visión Infantil Florida Heiken ofrece gratuitamente 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.
- En la primera semana de clases 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 mencionados, por favor, complete, firme y devuelva el formulario de autorización a la escuela.

Para más información sobre los requisitos de inscripción escolar ingrese a <http://www.browardhealthservices.com/parent-information/registration-requirements/>. Si tiene alguna pregunta, por favor, contáctese con la escuela de su hijo(a).

Formulario de Autorización para Uso de Medicamentos 2020/2021 (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 LLENAR 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 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. Doy mi consentimiento para contactar al médico/proveedor del medicamento(s) para aclarar la información proporcionada sobre la autorización en caso de necesidad.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grade _____

Escuela _____

Firma del padre/tutor _____ Teléfono _____ Fecha _____

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

Allergies _____

Diagnosis _____

MEDICATION	STRENGTH	DOSAGE	TIME(S) TO BE GIVEN	ROUTE	SIDE EFFECTS

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 LLENAR 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 Específicos que no Requieren Receta con Consentimiento de los Padres (Grados 9-12) 2020/2021

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 Específicos 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 imprenta)		Fecha de nacimiento	Alergias	Grado
Padre/tutor (En imprenta)		Dirección		
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo		Otro teléfono	
II. Medicamentos (El padre/tutor debe llenar 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 no se tratará en la escuela)	Estudiantes con fiebre mayor de 100.4 ° F 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 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 llenar 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 de las consecuencia que resulten de llevar y administrarse el medicamento. Entiendo que todos 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 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 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 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 llenar esta parte)

Nombre del estudiante (En imprenta) _____

Firma del estudiante _____

V. To Be Completed by Notary Public Only (solo un notario público puede llenar 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) 2020/2021

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 imprenta)	Fecha de nacimiento	Alergias	Grado
Nombre del padre/tutor (En 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

<p><u>Repelente de insectos y mosquitos</u></p> <p>Llevar y aplicarse toallitas húmedas o lociones únicamente</p> <p>Iniciales del padre: _____</p>	<p>Administrar según las instrucciones del fabricante</p>
<p><u>Bloqueadores solares</u></p> <p>Llevar y aplicarse</p> <p>Iniciales del padre: _____</p>	<p>Administrar según las instrucciones del fabricante</p>

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 y aplicarse cualquier producto tópico indicado arriba y asumo toda responsabilidad de 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 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 del padre/tutor (En 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 2020/2021 (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 el Tratamiento con Medicamentos - Fomulario para Tratamiento Respiratorio

PARTE I: PARA LLENAR 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 cada tratamiento/procedimiento en el plantel o en eventos oficiales fuera del plantel durante el horario escolar. Doy mi consentimiento para contactar al médico o proveedor del medicamento(s) para aclarar la información proporcionada en esta 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 LLENAR POR EL MÉDICO/PROVEEDOR DE LA SALUD (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

This section is to be completed by the physician when specific nurse/trained personnel expertise is needed to administer medications and/or treatments to students within the school day. When applicable, review of this order will be conducted by the Individualized Education Plan (IEP) team for determination of support and services to be provided to this student.

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 _____ As needed/Daily for _____ (Please circle one)	<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 2020/2021 (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 - Formulario de Tratamiento Gastrointestinal/Genitourinario (GI/GU)

PARTE I: PARA LLENAR 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 cada tratamiento/procedimiento en el plantel o en eventos oficiales fuera del plantel durante el horario escolar. Doy mi consentimiento para contactar al médico o proveedor del medicamento(s) para aclarar la información proporcionada en esta 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 LLENAR POR EL MÉDICO/PROVEEDOR DE LA SALUD (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

This section is to be completed by the physician when specific nurse/trained personnel expertise is needed to administer medications and/or treatments to students within the school day. When applicable, review of this order will be conducted by the Individualized Education Plan (IEP) team for determination of support and services to be provided to this student.

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 <input type="checkbox"/> Pump _____ mL/hr <input type="checkbox"/> 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 _____
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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, specify _____	Physician's Name (Print) _____ Physician's Signature _____ Physician's Telephone and Fax # _____ Date Completed _____

Formulario de Opción de Exclusión Voluntaria de los Exámenes de Salud 2020/2021 (Grados K, 1º, 3º y 6º)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, 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(5) (g) ordena la provisión de exámenes físicos a los estudiantes de kindergarten (K), los grados 1º, 3º y 6º, y los 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 vista, 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/tutores tienen el derecho de optar por la exclusión voluntaria de los exámenes de salud de 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 inicio del año escolar.

Nombre del estudiante _____ Género/Sexo _____

Escuela _____ Grado _____

NO REALIZAR LA(S) PRUEBA(S) DE:

- Vista (Grados K, 1º, 3º y 6º)
- Audición (Grados K, 1º y 6º)
- Altura y peso/ BMI (Grados 1º, 3º y 6º)
- Escoliosis (Grado 6º)

Nombre del padre/tutor (En imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

Formulario del Programa de Visión Infantil Florida Heiken 2020/2021 (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

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 _____

¿Ha ido su hijo(a) 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: _____

¿Tiene su hijo(a) alguna necesidad especial o demora en el desarrollo? Sí _____ No _____ Explique _____

¿Necesita su hijo(a) 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: _____

¿Ha tenido su hijo(a) alguno de los siguientes problemas?:

- | 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 |

¿Ha tenido algún de la familia de su hijo(a) alguno de los siguientes problemas?

- | SÍ | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desviación del ojo (Estrabismo) / Ojo perezoso (Ambliopia) |
| <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 una unidad móvil de optometría en un local escolar 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 de mi hijo(a) entre el Programa de Visión Infantil Florida Heiken y las Escuelas Públicas del Condado de Broward (BCPS), de cualquier reporte de optometría de los proveedores participantes del programa para determinar la atención adecuada. Asimismo, autorizo a BCPS a divulgar cualquier información en cuanto a la elegibilidad al programa de almuerzo de bajo costo o gratuito de mi hijo(a) y a constatar la información que falte o esté imprecisa para procesar esta solicitud. Yo/Nosotros 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 aceptado por el programa y tiene la oportunidad de ser examinado(a) en una unidad móvil (únicamente), 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. Si se prescribe, se 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 excombatiente..

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

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

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

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

+ 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 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 TODAS las que correspondan)

11. ¿Dejaría a su hijo(a) ir o venir 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/viene 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"/> Facilidad 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, ¿cuánto la escuela de su hijo(a) aconseja o desaconseja ir y venir a pie o en bicicleta?

- Aconseja firmemente Aconseja Neutral Desaconseja Desaconseja firmemente

13. ¿Cuán divertido es para su hijo ir o venir 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 venir 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. ¿Cuál es el grado o nivel educativo más alto que ha completado?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grados 1 - 8 (Educación primaria) | <input type="checkbox"/> 1 a 3 años de universidad (Universidad o instituto técnico incompleto) |
| <input type="checkbox"/> Grados 9 -11 (Educación secundaria incompleta) | <input type="checkbox"/> 4 años de universidad o más (Graduado de la universidad) |
| <input type="checkbox"/> Grado 12 o GED (Graduado de secundaria) | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

16. Sírvase proporcionar cualquier comentario adicional.

Cuestionario de Vivienda del Estudiante (SHQ)2020/2021 (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 a niños y jóvenes en edad escolar que están viviendo una situación de inestabilidad habitacional como lo describe el Subtítulo VII-B de la Ley McKinney-Vento de Asistencia a Personas sin Hogar (42 U.S.C. 11431 et seq.). De conformidad con esta ley federal, mediante la orientación del programa HEART, las Escuelas Públicas del Condado de Broward se responsabilizan del cumplimiento de las disposiciones de la ley para eliminar las barreras sistémicas de la educación para estudiantes que están en condición de desamparo.

Al completar este cuestionario, su(s) hijo(s) en edad escolar puede(n) calificar para los servicios y recursos de HEART con el fin de asegurar su estabilidad educativa.

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

- Padre
- Tutor legal
- Adulto (mayor de 18 años) encargado del estudiante quien en este momento no puede vivir con un padre o tutor legal

Nombre y Apellido: _____ Parentesco: _____

***IMPORTANTE: Por favor, contactarse con la escuela del estudiante para completar el Formulario de Autorización del Cuidador.**

- 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 actualmente?

- En una casa de alquiler o en una casa propia → **DETÉNGASE AQUÍ Y PASE A LA PREGUNTA #4.**
- En un albergue de emergencia o transitorio (A)
- Temporalmente con un familiar o amigo (con más personas/familias) debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, u otras razones similares (B)
- En un vehículo, en un parque de casas móviles o campamento, en un edificio abandonado, o en otras viviendas precarias (D)
- En un hotel o motel debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, o razones similares (E)

3. ¿Qué ocasionó la situación de vivienda temporal?

- Desalojo; Violencia doméstica; Desempleo; Discapacidad física/mental; Pobreza; Falta de vivienda de bajo costo (O)
- Ejecución hipotecaria (M) Huracán (H) Terremoto (E) Inundación (F) Desastre provocado por el hombre (D)
- Tormenta tropical (S) Tornado (T) Incendio forestal/casa (W) Desastre natural - Otro (N)

*** AVISO IMPORTANTE: A continuación, complete la información de todos los niños en edad escolar (Prek-12) que están inscritos o cuya inscripción está pendiente en una escuela pública o chárter del condado de Broward, FL. Si sus hijos están inscritos en varias escuelas, por favor entregue un cuestionario completo a cada escuela.**

Nombre del estudiante (Nombre y apellido)	ID del estudiante	M/F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Grado	Escuela en la que actualmente está inscrito(a)

4. Al firmar abajo, doy fe de la exactitud de la información proporcionada:

NOMBRE COMPLETO EN IMPRENTA (persona que llena este formulario) **FIRMA** **FECHA**

DIRECCIÓN POSTAL **CIUDAD** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

TELÉFONO #: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

La sección 837.06 de los Estatutos de la Florida establece que cualquiera que dé 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.

Política de Precios de Comidas Escolares 2020/2021 (Todos los grados)

¡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.
- Si no se recarga su cuenta, el/la alumno(a) recibirá un almuerzo opcional.
- Hacemos lo mejor posible con recordatorios diarios ya sean orales o escritos. Los padres reciben notificaciones diarias por teléfono hasta que se repongan los fondos.

PRECIOS DE COMIDAS

- Las comidas se pueden pagar en línea en www.myschoolbucks.com o en la app MySchoolBucks, que puede descargar 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 en cheque en la cafetería de su escuela.

COMIDAS GRATUITAS O DE BAJO COSTO

- BCPS ofrece comidas gratuitas o a bajo costo para los alumnos que califiquen para beneficios 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 de bajo costo.
- Se aceptan solicitudes en todo momento del año escolar y solo se requiere una solicitud por familia.
- Las familias pueden llenar la solicitud para beneficios de alimentos para determinar si califican para comidas gratuitas o de bajo costo. Visiten www.myschoolapps.com para llenar 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	

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 se involucren los padres en el aprendizaje de sus hijos, 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 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?

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



La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante indica 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, 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, 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 sin reclamar hasta 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. La clave para el desempeño académico es un ambiente de aprendizaje seguro, basado en el respeto, por lo tanto, 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 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 esta publicación.
- 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 formularios nuevos.

Nombre del estudiante (En imprenta)

Firma del estudiante

Nombre del padre (En imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha