



Established 1915

**BROWARD**  
County Public Schools

# Código de Conducta del Estudiante

## *Resumen de los cambios*

### Eliminación, revisión y aclaración del texto en referencia a:

Introducción y Principios Rectores  
Sección I – Derechos y Responsabilidades  
Sección I – Qué es un Patrón de Inasistencia  
Sección I – Comunicar una Ausencia Justificada  
Sección I – Criterios de Ausencias Justificadas  
Sección I – Ausencias Injustificadas  
Sección I – Trabajo de reposición  
Sección I – Tardanzas  
Sección II – Respeto a las Personas y la Propiedad  
Sección II – Comportamientos esperados  
Sección II – Casos de conductas disruptivas  
Sección II – Casos de abuso de sustancias/drogas (entre otros)  
Sección II – Definiciones  
Sección III – Código de Vestimenta  
Sección IV – Actividades y Asambleas Estudiantiles  
Sección IV – Actividades Interescolásticas y Extra Curriculares  
Sección V – Libertad de Expresión de los Estudiantes y Distribución de Materiales  
Sección VIII – Procedimiento para Exención Voluntaria  
Sección IX – Tolerancia Cero  
Sección IX – Prevención de la Reincidencia por Medio de las Oportunidades, el Asesoramiento, las Intervenciones, las Ayudas y la Educación  
Sección IX – Delitos de Drogas y Abuso de Sustancias Conducentes a la Suspensión y a la Posible Expulsión  
Sección IX – Uso, Posesión, Venta, y/o Distribución 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 Otra Sustancia que Altera el Comportamiento  
Sección IX – Estar Bajo la Influencia de la Hoja de Marihuana, Alcohol, y/u Otras Sustancias que Alteran el Comportamiento  
Sección IX – Se Prohíbe el Uso, Posesión de Sustancias No Autorizadas  
Sección IX – Se Prohíbe Estar Bajo la Influencia de Sustancias No Autorizadas  
Sección IX – Se Prohíbe la Posesión con Intento de Venta, la Venta, el Intento de Venta, y/o la Distribución de la Hoja de Marihuana (menos de 20g). La Venta, Intento de Venta, y/o la Distribución de Drogas o Sustancias que Alteran el Comportamiento, Sustancias No Autorizadas, u Otras Sustancias que se Presentan como Drogas o Sustancias que Alteran el Comportamiento, como el Alcohol o Bebidas Alcohólicas  
Sección IX – Otros Delitos (Delitos de Abuso de Drogas y Sustancias No Tóxicas) Conducentes a la Suspensión y Posible Expulsión  
Sección IX – Delitos Conducentes a la Expulsión Obligatoria  
Sección IX – Expulsión/Expulsión Pendiente  
Sección IX – Oportunidades del Programa Workback  
Sección IX – Definición de Armas  
Sección IX – Otras Definiciones de esta Norma  
Sección X – Derecho de Apelar  
Sección X – Denuncia por Discriminación según la Sección 504  
Apéndice – Matrices de Disciplina

### Texto complementario:

Introducción y Principios Rectores – Sección C  
Sección II – Dispositivos de Comunicación Electrónica Inalámbrica  
Sección IX – Uso, Posesión, Venta, Intento de Venta, Distribución de Parafernalia de Drogas



# Acuse de Recibo

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. 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 anualmente 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 aun 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 2021/2022 (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 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 (p.ej., anuarios y periódicos escolares), los medios 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), los medios 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 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 2021/2022 (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 a 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. 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:

___ Nombre del estudiante	___ Nombre del padre	___ Dirección residencial
___ Número(s) de teléfono(s)	___ Fecha de nacimiento	___ Lugar de nacimiento
___ Principal campo de estudio	___ Actividades y deportes auspiciados por la escuela	___ Estatura y peso de los miembros del equipo deportivo
___ Nivel de grado escolar	___ Días de asistencia escolar	___ Número de camiseta y posición en el equipo
___ Reconocimientos y premios*	___ Nombre de la escuela o programa de asistencia más reciente	___ 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 su selección o sin ella, DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL 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 imprenta) \_\_\_\_\_

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

**Nota: En referencia a exalumnos: SBBC continuará cumpliendo con cualquier solicitud válida de exclusión voluntaria de la información del directorio que se haya hecho mientras el alumno estaba en la escuela, a menos que pida revocar esta solicitud (34 CFR 99.37(b)).**

Para los 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 específica, siempre y cuando presenten una petición 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 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 Preferenciales (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 2021 - 2022 (Grados 11 y 12)

### FUERZAS ARMADAS Y EDUCACIÓN POSTSECUNDARIA

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

- **Las Fuerzas Armadas/reclutadores militares** (Comandante del Distrito u Oficial Superior de las oficinas satélite o regionales 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 deberá proteger la confidencialidad de éstas.
- **Las instituciones de educación superior** (instituciones postsecundarias). El personal de educación superior responsable de las listas deberá proteger la confidencialidad de éstas.

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 debe completarse y presentarse a la escuela anualmente, independientemente de 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



## CURRÍCULO

Vida Familiar y Sexualidad Humana  
Aprobado en mayo de 2014



## DATOS

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



## RECURSOS

Ver Norma 5315 y Currículo

# 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 y la sexualidad, las citas románticas, las relaciones y la familia.

# C

Es importante poner en práctica un currículo universal e integral de salud sexual 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.

# P

- En 2019, 7.2 % de los estudiantes de las escuelas intermedias de BCPS declararon tener relaciones sexuales.
- En 2019, aproximadamente 33.4% de los estudiantes de las escuelas secundarias de BCPS declararon haber tenido relaciones sexuales.
- En 2019, aproximadamente 22.3% de los estudiantes de secundaria de BCPS se declararon sexualmente activos en los últimos tres meses.

# S

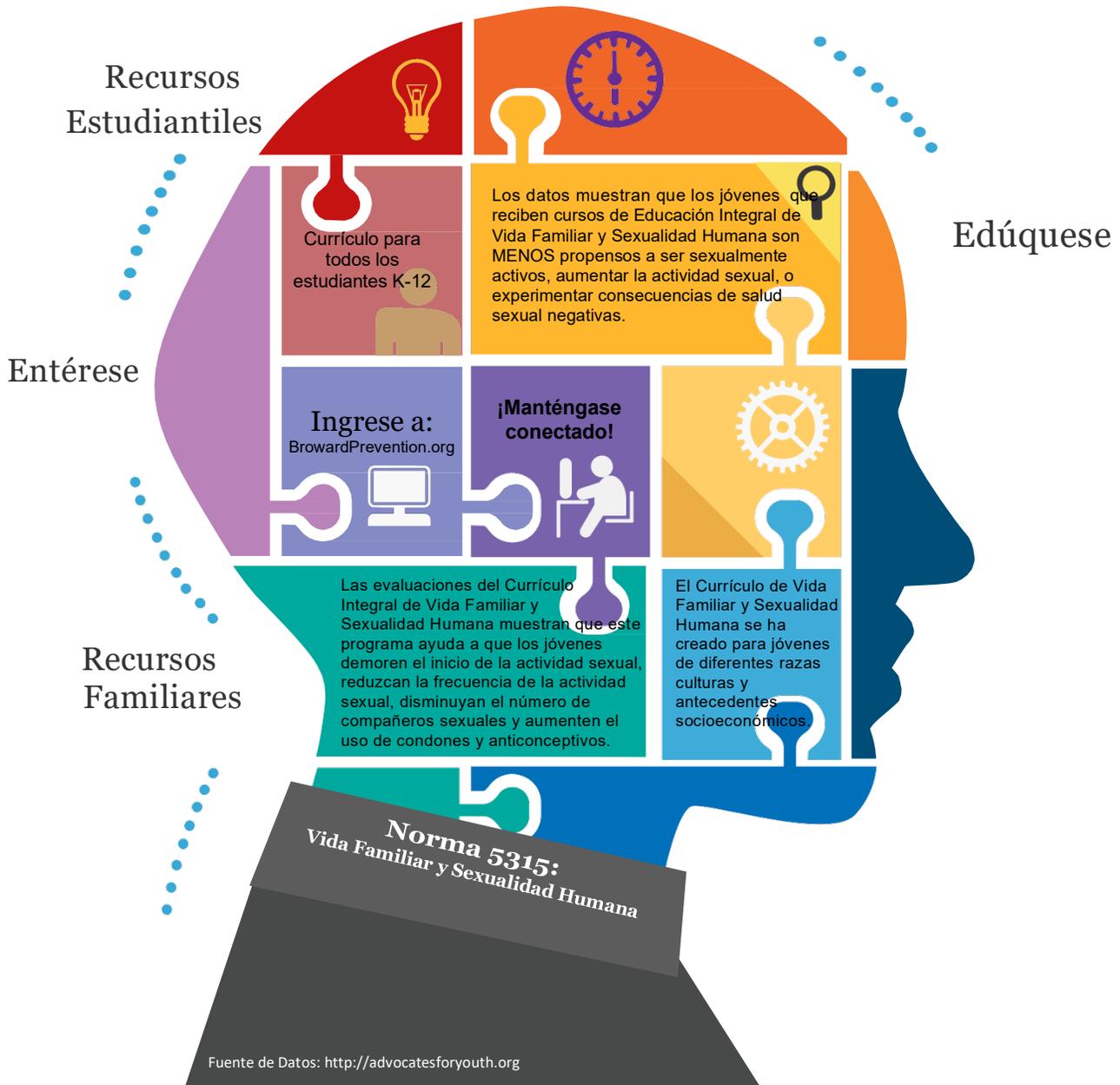
Visite nuestro sitio web y revise la Norma 5315 de Vida Familiar y Sexualidad Humana, el currículo y los recursos adicionales para estudiantes y padres.

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



Established 1915

**BROWARD**  
County Public Schools



### ¿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 4º al 5º grado incorpora lecciones sobre la pubertad, la reproducción, el VIH, la amistad y la autoestima.

#### **6 - 8**

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

#### **9 - 12**

El currículo del 9º al 12º 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 2021/2022 (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 pueden incluir 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 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. 14<sup>th</sup> 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  
[www.browardschools.com](http://www.browardschools.com)  
[marcia.bynoe@browardschools.com](mailto:marcia.bynoe@browardschools.com)

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

**Dr. Rosalind Osgood, Chair  
Laurie Rich Levinson, Vice Chair**

**Lori Alhadeff  
Patricia Good  
Debra Hixon  
Donna P. Korn  
Sarah Leonardi  
Ann Murray  
Nora Rupert**

**Dr. Vicky L. Cartwright  
Interim 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.

### **Vacuna contra la COVID-19**

Si su hijo(a) ha sido debidamente vacunado(a), puede notificarlo a la escuela voluntariamente. Esto ayudaría con la evaluación de descarte de la COVID-19 de los contactos cercanos.

### **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**

Por favor, informe a la escuela cuando a su hijo(a) se le diagnostique 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
- Tos persistente
- Dolor de cabeza
- Pérdida inusual del sabor y el olfato
- Falta de aire/dificultad para respirar
- Escalofríos
- Dolor muscular o corporal
- Vómito
- Diarrea
- Fatiga o cansancio
- Congestión o goteo nasal
- Dolor de garganta
- 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 (Medicamentos 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 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 el nombre del estudiante, el diagnóstico, las alergias (escribir *ninguna* o *n/a* si no tiene), el nombre del medicamento, la concentración, la dosis, la hora de la administración, la ruta de administración, los posibles efectos secundarios, la firma y la fecha del proveedor de la receta
- Personal del cuidado de la salud en la escuela o personal capacitado de la escuela y designado por el director administrarán todos los medicamentos.
- El medicamento debe ser entregado 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 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, 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, si se prescriben, a los estudiantes que necesiten servicios oftalmológicos integrales.
- Para calificar los estudiantes deben cumplir con los criterios del Programa de Almuerzos Gratuitos o de Bajo Costo y no pasar 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 2021/2022 (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

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 COMPLETAR 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 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 Específicos que no Requieren Receta con Consentimiento de los Padres (Grados 9-12)

2021/2022

## 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
Nombre del padre/tutor (En imprenta)		Dirección	
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Otro teléfono	
<b>II. Medicamentos (El padre/tutor debe completar esta parte)</b>			

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

Administración de medicamentos por vía oral	Dosis y Hora	Síntomas	Comentarios	Fecha de vencimiento del medicamento
<b>Acetaminofén (Tylenol)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar malestares y dolores; (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.	
<b>Carbonato de calcio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para dolor estomacal y acidez	Advertencia: Puede causar estreñimiento	
<b>Ibuprofeno (Advil, Motrin)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar malestares y cólicos menstruales (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	
<b>Midol</b> <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	
<b>Allegra</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar los síntomas de las alergias de estación (estornudo, picazón, goteo nasal)	Advertencia: No tomar otro medicamento para el resfrío o las alergias a menos que su médico se lo indique	
<b>Lactaid</b> <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	
<b>Claritin</b> <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 de las consecuencia que resulten de llevar y administrarse el medicamento. Entiendo que estos 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 completar esta parte)**

---

---

Nombre del estudiante (En 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) 2021/2022

## 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><b><u>Repelente de insectos y mosquitos</u></b></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><b><u>Bloqueadores solares</u></b></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 el 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 2021/2022 (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 para Tratamiento Respiratorio

#### PARTE I: PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

Por la presente concedo al director/la directora o su designado(a) la autorización de ayudar 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 COMPLETAR POR EL MÉDICO/PROVEEDOR DE LA SALUD (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

El médico debe completar esta sección cuando se requiera la experiencia de un enfermero/personal especializado para administrar los medicamentos y/o tratamientos a 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 2021/2022 (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 COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

Por la presente concedo al director/la directora o su designado(a) la autorización para ayudar 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 COMPLETAR POR EL MÉDICO/PROVEEDOR DE LA SALUD (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/PROVIDER)

El médico debe completar esta sección cuando se requiera la experiencia de un enfermero/personal especializado para administrar los medicamentos y/o tratamientos a 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 <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?  Yes  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 2021/2022 (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 Exclusión Voluntaria de los Exámenes de Salud

Según 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 Florida 381.0056(5)(g) ordena la provisión de exámenes físicos a los estudiantes de kindergarten (K), los grados 1º, 3º y 6º, y a 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 / Índice de Masa Corporal o *BMI* (Grados 1º, 3º y 6º)
- Escoliosis (Grado 6º)

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

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

Fecha \_\_\_\_\_

# 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](http://www.floridaheiken.org)**



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



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



Revised by BED <es/mds/08/21> Bilingual/ESOL Department (08/21)

Parcialmente financiado por:



# Formulario del Programa de Visión Infantil Florida Heiken 2021/2022 (Todos los grados)

## Programa Escolar de Examen de la Vista y Anteojos Gratuitos 2021-2022

Para una tramitación más rápida, de 6 a 9 semanas, haga su solicitud desde su celular en [WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG](http://WWW.FLORIDAHEIKEN.ORG)

<b>HEIKEN PORTAL INFO (For School/Screening Personnel Use Only):</b> County: _____ Teacher _____ Referring school or agency: _____ Private must list scholarship: _____ Vision Screening: PASS / REFER screening date: _____	<b>For Heiken Use Only:</b> 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: Afro-Americano  Haitiano  Hispano  Nativo Americano  Blanco (no-Hispano)  Asiático  Otro   
 Idioma Preferido: Español  Inglés  Criollo Haitiano  Portugués  Otro  \_\_\_\_\_  
 Su **hijo(a)** tiene/o ha tenido:

- SÍ NO
- Examen de la vista en el último año
  - Anteojos/espejuelos
  - Cirugía/lesión o enfermedad en los ojos
  - Terapia Visual/Parches en los ojos
  - Dolores de cabeza
  - Glaucoma
  - Diabetes
  - Anemia de células falciformes
  - Asma
  - Alergias \_\_\_\_\_
  - Medicamento o gotas para los ojos \_\_\_\_\_
  - Necesidades especiales o retrasos \_\_\_\_\_
  - Requiere alguna asistencia auxiliar (intérprete, visual, silla de ruedas) \_\_\_\_\_



- Algun **integrante de la familia** del estudiante ha padecido de:
- SÍ NO
- Desviación ocular/estrabismo
  - Ceguera
  - Degeneración macular
  - Glaucoma
  - Presión arterial alta
  - Anemia de células falciformes
- COVID-19**—Algun familiar en las 2 últimas semanas
- Fiebre, tos, dolor de garganta
  - Pérdida de olfato / sabor
  - En contacto con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19
  - Viajó fuera de los EEUU
  - Hijo(a) que está 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, que incluya dilatación, a mi hijo(a) 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 en grabación 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) de 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 que esté 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 debido a 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 se recetan (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**



**+ 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  Not Sure

**+ 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) fomenta o desaconseja ir a pie o en bicicleta a la escuela?  
 Fomenta firmemente  Fomenta  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.


# Cuestionario de Vivienda del Estudiante (SHQ)2021/2022 (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 siendo afectados por la inestabilidad habitacional como se describe en 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 y mediante la asesoría del programa HEART, las Escuelas Públicas del Condado de Broward se responsabilizan eliminar las barreras sistémicas de los estudiantes sin hogar cumpliendo con las disposiciones de la ley.

**Al completar este cuestionario, se determinará si 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 estudiante/los estudiantes?

- Padre
- Tutor legal
- Adulto (18+), encargado del estudiante que en este momento no puede vivir con un padre o tutor legal.
- Nombre completo (Nombre y Apellido): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
**\*AVISO IMPORTANTE: Contáctese con la escuela del estudiante ya que es requisito llenar el Formulario de Autorización del Cuidador.**
- Soy un(a) joven no acompañado(a). En este momento vivo sin mis padres y sin un tutor legal.

### 2. ¿Dónde vive actualmente?

- En una casa de alquiler o en 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?

- Desastre provocado por el hombre (D)  Terremoto (E)  Inundación (F)  Huracán (H)  Ejecución hipotecaria (M)
- Desalojo forzoso; violencia doméstica; desempleo; discapacidad física/mental; pobreza; escasez de viviendas asequibles (N)
- Pandemia (P)  Tormenta tropical (S)  Tomado (T)  Se desconoce (U)  Incendio forestal o en la casa (W)

Is either parent employed in agriculture or fishing industries anytime in the past three (3) years? Yes No

**\*AVISO IMPORTANTE: A continuación complete la información de todos los niños en edad escolar inscritos (Prek-12) 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

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

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

\_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN ACTUAL**      **CIUDAD**      **ESTADO**      **CÓDIGO POSTAL**

**TELÉFONO #:** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

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

# Formulario de Exclusión Voluntaria de Encuestas sobre el Aprendizaje Socioemocional 2021/2022 (Grades 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 autoconciencia, el autocontrol, la toma de decisiones y las habilidades interpersonales que son de gran importancia para el éxito en la escuela, 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 que se recojan para conducir actividades escolares y proporcionar servicios SEL personalizados a los estudiantes. Específicamente, los datos de evaluación formativa recogidos se centrarán en la autoconciencia, 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 educativos 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 cómo incorporar el SEL en casa se encuentran en nuestro Kit de Herramientas del SEL y la Atención Plena (Mindfulness) para Familias y Estudiantes: <https://browardschools.instructure.com/enroll/WDB374>

***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 los 10 días siguientes a partir del primer día de la fecha de matrícula. El no devolver 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 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 **TODO**s 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.
- 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](http://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 con cheque en la cafetería de su escuela.

### COMIDAS GRATUITAS O DE BAJO COSTO

- BCPS ofrece comidas gratuitas o de bajo costo 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 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 la cobertura de alimentos con el fin de determinar si califican para comidas gratuitas o de bajo costo. Visiten [www.myschoolapps.com](http://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	<a href="http://browardschools.com/Page/30956">browardschools.com/Page/30956</a>	

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

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

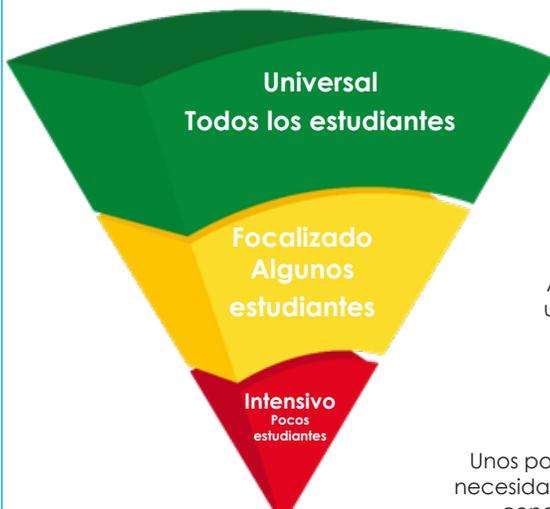
El **MTSS** es un término que se usa para describir el marco de prevención integral que hace referencia a todas las estrategias, intervenciones, apoyos y recursos académicos, conductuales y socioemocionales que se utilizan para ayudar a todos los estudiantes a crecer y lograr sus objetivos. MTSS abarca 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 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.

### ¿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**  
Todos los estudiantes

**Focalizado**  
Algunos  
estudiantes

**Intensivo**  
Pocos  
estudiantes

#### 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 para todo el estudiantado al identificar las necesidades tempranas de los estudiantes, y se asegura de que estas necesidades no se queden sin atender.

El MTSS se centra en los datos para tomar decisiones sobre la adaptación de la enseñanza o el ofrecimiento 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).
- Revise y ayude con 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** para padres les presenta la resolución de problemas y la forma de 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 Student Support Initiatives & Recovery al 754-321-1655 o acceda a los siguientes enlaces para información adicional:

#### **Broward County Public Schools**

<https://www.browardschools.com/Page/32437>

#### **Florida's MTSS**

<https://www.florida-rti.org/parentresources/floridaTools.htm>



## ¿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.
- La ayuda se aumentará o disminuirá según las necesidades y respuestas de su hijo(a).

## ¿Cómo puedo participar en el MTSS?

Las familias cumplen un papel importante reforzando lo que sus niños aprenden en la escuela. Cuanto más se involucren los padres en el aprendizaje de sus hijos, mayor el desempeño académico de los estudiantes. Haga preguntas para saber más sobre el MTSS en la escuela de su hijo(a) y cuando quiera clarificar alguna 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?

Para más información o preguntas contáctese con la escuela de su hijo(a) o con el programa MTSS/RtI de las Escuelas Públicas del Condado de Broward al 754-321-1655 o por correo [bcpsmtssrti@browardschools.com](mailto:bcpsmtssrti@browardschools.com)

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. 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 anualmente 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 aun 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