

La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante detalla las reglas del Distrito para los estudiantes de las Escuelas Públicas del Condado de Broward que se aplican en todas las actividades escolares dentro y fuera del plantel educativo, y en cualquier vehículo autorizado para el transporte de los estudiantes. Su firma al pie de esta 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 dentro de los 3 días a partir del primer día de clases o de la fecha de matrícula. En caso prefiera llenar todos los formularios necesarios de forma electrónica, sírvase ingresar a Back to School Toolkit (<http://www.browardschools.com/backtoschool-onlineforms>).

Los padres deben participar 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 previos al 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 y/ o los números telefónicos actualizados de las personas con las que se debe entrar en contacto en caso de emergencia.
- Informar a la escuela sobre cualquier motivo que pueda afectar a su hijo(a) en: la capacidad de aprender, la asistencia regular o la participación en actividades escolares.
- Saber que los medicamentos deben ser administrados de acuerdo con la Norma 6305 de la Junta Escolar, o según sus enmiendas, y que las consecuencias por el tráfico y/ o venta, o la intención de venta de medicamentos que se pueden comprar sin receta, y la posesión y/ o el uso de medicamentos sin receta, y la posesión y/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 las drogas 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 y/ o la expulsión, así como todas las regulaciones de la Junta Escolar, en el sitio web <http://www.broward.k12.fl.us/sbbcpolicies>.
- Estar conscientes de sus derechos de privacidad y confidencialidad en lo que respecta a los expedientes estudiantiles archivados en las escuelas, tal y como se define en la Sección VIII de este folleto.
- 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 que se hayan perdido, o hayan sido robados o confiscados.
- Saber que los artículos confiscados que no se reclamen al final del año escolar serán donados a organizaciones locales de beneficencia.
- Reconocer que son responsables por el comportamiento de sus hijos en la ida a y el regreso de la escuela, así como en el paradero del autobús. Un ambiente de aprendizaje seguro y respetuoso es clave para el aprovechamiento académico; por lo tanto, las acciones de cualquier estudiante fuera de la escuela que afecten seriamente la capacidad de aprendizaje de un estudiante o la habilidad de enseñar de un miembro del personal, se puede tratar como una infracción disciplinaria. Para los incidentes serios que ocurran en los paraderos del autobús y/ o aquellos que ocurran en lugares que no son de propiedad de la Junta Escolar, los padres deben comunicarse directamente con los agentes del orden público. Para los incidentes de acoso escolar (ver la definición de acoso escolar en la Sección II), los oficiales escolares deben ser notificados y se investigará y/ o se brindará la ayuda y la intervención según el director/funcionario designado considere apropiado, se puede precisar la intervención del Agente de Seguridad Escolar (School Resource Officer).
- Asegurarse de que sus hijos demuestren el uso legal, ético y responsable de la tecnología que incluye: las redes sociales, las herramientas digitales, el internet y el software; como se define en la Sección IV de este folleto.
- Continuar siendo responsables de los estudiantes aún cuando alcancen la mayoría de edad (18 años o más), para todos los propósitos educativos y disciplinarios, con las excepciones que provee la ley.

Nombre del Estudiante (Escriba en LETRA DE MOLDE)	Firma del Estudiante	Fecha
Nombre del Padre (Escriba en LETRA DE MOLDE)	Firma del Padre	Fecha

Formulario de Autorización a los Medios de Comunicación del Año Escolar 2018/2019 (Todos los grados)

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

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

(Se escogerá la opción 1 en caso de no marcar una opción en ambas secciones)

Sección A – Canales Externos/ Medios de Comunicación

Por favor marque opción 1 u opción 2

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

Sección B – Escuelas Públicas del Condado de Broward

Por favor marque opción 1 u opción 2

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

Nombre del estudiante (En imprenta)

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre (En imprenta)

Firma del padre

Fecha

Formulario de Notificación de Exclusión Voluntaria FERPA del Año Escolar 2018/2019 (Todos los grados)

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

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

PROPÓSITOS DE DIFUSIÓN

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

- (a) los colleges, las universidades, u otras instituciones educativas en las cuales el estudiante ya está matriculado, quiere matricularse o puede ser reclutado;
- (b) 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, medios sociales, e informaciones y presentaciones para ser expuestos por toda la escuela);
- (c) 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) los comités para organizar actividades de reencuentro de exalumnos y otros similares.

TIPOS DE INFORMACIÓN DE DIRECTORIO

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

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

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

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

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

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

Firma del padre/ tutor legal/ estudiante elegible _____

Fecha _____

Para los padres en ocupaciones selectas:

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

Formulario de Opción de Exclusión Voluntaria a la Ley Todo Estudiante Triunfa (ESSA) Año Escolar 2018-2019 (Grados 11 y 12)

FUERZAS ARMADAS Y EDUCACIÓN POSTSECUNDARIA

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

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

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

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

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

Información para ser divulgada a instituciones de educación postsecundaria:

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

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

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

Nombre del estudiante _____ Grado: _____

Nombre de la escuela _____

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

Firma del padre/ tutor legal/ estudiante elegible _____

Fecha _____

Formulario de Exención de la Educación sobre Vida Familiar/Sexualidad Humana 2018/2019 (Todos los Grados)

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

La Norma 5315 sobre Vida Familiar/ Sexualidad Humana estipula que:

“Es importante disponer de un currículo universal sobre salud sexual integral que siga los Estándares Nacionales de Educación Sexual para asegurar que cada estudiante reciba la misma información de calidad en favor de su educación y así, 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, en lo que se refiere a los síntomas, la evolución y el tratamiento. El estudiante que haya sido exento no será penalizado por tal exención.”

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

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

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

Para revisar el contenido del currículo y los materiales educativos visite <http://www.browardprevention.org/health-wellness/sexual-health/curriculum-1/> o haga una cita en la escuela de su hijo. Otros recursos para padres están disponibles en www.browardprevention.org/health-wellness/sexual-health/.

Nota: Si desea que su hijo(a) sea exonerado(a) de este curso, debe llenar este formulario y entregarlo a su escuela anualmente, DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL PRIMER DÍA DE CLASES o a la fecha de matrícula cuando se efectúe después del principio del año escolar.

Si no entrega este formulario usted estará autorizando la participación de su hijo(a) en el curso 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 (Escriba en letra de imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Formulario de Autorización para Uso de Medicamentos 2018/2019 (Todos los grados)

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

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

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

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

Student Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

School _____ Phone # _____ Fax # _____

Allergies _____

Diagnosis _____

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

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

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

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

Physician's Office Address _____

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

Date Completed _____

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

CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA USO DE MEDICAMENTOS

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

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Por la presente concedo al director/la directora o su designado(a) la autorización para que ayude a mi hijo(a) en la administración de el/los medicamento(s) en el plantel o en eventos oficiales fuera del plantel durante el horario escolar. Si el médico autoriza a mi hijo(a) a que se administre el/los 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, doy mi autorización al director/directora/designado(a) para que lo(a) ayude en la administración del medicamento recetado.

NOTA:

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

Nombre del padre/tutor (En imprenta) _____ Firma del padre/tutor _____

Fecha de la firma _____ Tel. de casa _____ Tel. del trabajo/cel. _____
(Incluir extensión si la tiene)

Formulario de Autorización para Tratamiento Médico 2018/2019 (Todos los grados)

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

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

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO (*Authorization for Treatment*)

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

Student Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

School _____ Phone # _____ Fax # _____

Diagnosis _____ Allergies _____

TREATMENTS DURING SCHOOL HOURS _____

TREATMENT PLAN: _____

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

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

List any procedures the student has been trained to perform _____

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

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

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

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

Physician's Office Address _____

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

Date Completed _____

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

CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA TRATAMIENTO MÉDICO

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

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Por la presente concedo al director/la directora o su designado(a) la autorización para que ayude a mi hijo(a) en la administración de el/los medicamento(s) en el plantel o en eventos oficiales fuera del plantel durante el horario escolar. Si el médico autoriza a mi hijo(a) a que se administre el/los 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, doy mi autorización al director/directora/designado(a) para que lo(a) ayude en la administración del tratamiento indicado. **NOTA: El personal escolar solo puede administrar tratamientos autorizados por un médico. Es su responsabilidad notificar a la escuela cuando hay algún cambio en el régimen de tratamiento.**

Nombre del padre/tutor (En imprenta) _____ Firma del padre/tutor _____

Fecha de la firma _____ Tel. de casa _____ Tel. del trabajo/cel. _____
(Incluir extensión si la tiene)

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

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

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

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

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

I. Información del estudiante/padre o tutor

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

II. Medicamentos (El padre/tutor debe llenar esta sección)

ESTA SOLICITUD ES VÁLIDA PARA EL AÑO ESCOLAR 20____ - 20____ O DESDE _____ HASTA _____

Seleccione solo **UN** medicamento. SOLAMENTE se permite **2 dosis** del medicamento al estudiante

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

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

Al firmar este documento, yo (el padre o tutor legal) estoy consciente de que mi hijo(a) podrá llevar consigo y administrarse los medicamentos sin receta seleccionados con mi consentimiento. Entiendo que al permitir que mi hijo(a) lleve y se administre los medicamentos estoy asumiendo con la responsabilidad de los daños que pueda causar por la administración de los mismos. Entiendo que estos tienen que estar en su envase original y etiquetados correctamente con el nombre completo del estudiante. He entendido e informado a mi hijo(a) que si se sobrepasa de las (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) por llevar y administrarse los medicamentos sin receta seleccionados. Asimismo, convengo en liberar a la Junta Escolar del Condado de Broward, Florida de toda responsabilidad en caso de que mi hijo(a) se exceda en la dosis recomendada, venda o distribuya cualquiera de los medicamentos indicados.

Nombre del padre/tutor (En imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____ Relación con el estudiante _____

Tel. de la casa _____ Tel. del trabajo/Celular _____

Correo electrónico _____

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

Nombre del estudiante (En imprenta) _____

Firma del estudiante _____

STATE OF FLORIDA

COUNTY OF _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ day of _____, 20____, by

_____.

Personally Known _____ OR Produced Identification _____

Type of Identification Produced _____

(Notary Seal)

Official Notary Signature

Printed Name of Notary

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

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

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

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

Válido para el año escolar 20 ____ - 20 ____

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

I. Información del estudiante/padre

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

El padre o tutor deben completar esta sección

PRODUCTOS PERMITIDOS QUE NO SEAN EN AEROSOL

Repelentes de insectos y mosquitos

Llevar consigo y administrarse toallitas húmedas o lociones solamente.

Iniciales del padre: _____

Administrar según las instrucciones del fabricante

Bloqueadores solares

Llevar consigo y administrarse

Iniciales del padre: _____

Administrar según las instrucciones del fabricante

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

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

Nombre de padre/tutor (En imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____ Relación con el estudiante _____

Tel. de la casa _____ Tel. del trabajo/Celular _____

Correo Electrónico _____

Formulario de Opción de Exclusión Voluntaria a los Exámenes de Salud 2018/2019 (Grados K, 1º, 3º y 6º)

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA

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

Formulario de Opción de Exclusión Voluntaria a los Exámenes de Salud

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

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

Nota: Si NO desea que su hijo(a) reciba alguno o ninguno de estos exámenes, por favor marque el/los cuadro(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 cuando se efectúe después del principio del año escolar.

Nombre del estudiante _____ Género/Sexo _____

Nombre de la escuela _____ Grado _____

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

- Vista (grados: K, 1º, 3º y 6º)**

- Audición (grados: K, 1º, 3º y 6º)**

- Altura y peso/ Índice de Masa Corporal (grados: 1º, 3º y 6º)**

- Escoliosis (6º grado)**

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

Firma del padre _____

Fecha _____

Formulario del Programa de Visión Infantil Florida Heiken 2018/2019 (Todos los grados)



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

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

Si su hijo(a) no pasa el examen de la vista y cumple con los requisitos necesarios, el Programa de Visión Infantil Florida Heiken y sus proveedores para el cuidado de la salud le ofrecerán un examen ocular no invasivo con dilatación de pupilas, completamente **GRATIS**. En caso de ser necesario los anteojos también serán **GRATIS**. Para solicitar este servicio **GRATUITO**, llene, firme y entregue este formulario a la escuela de su hijo(a). Si desea más información llame al 1-888-996-9847 o visite http://miamilighthouse.org/Florida_Heiken_Program.asp.

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

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

Domicilio _____ Dpt. _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono de día del padre/tutor _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si respondió que sí, por favor explique: _____

Consentimiento para el examen ocular - Al firmar este documento, yo autorizo al Programa de Visión Infantil Florida Heiken a someter a mi hijo(a), que reúne los requisitos de calificación, a un examen ocular completo con dilatación de pupilas por un optometrista, que ofrece servicios ambulatorios en el plantel escolar o en la oficina de un proveedor participante asignado.

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

FIRMA DE TUTOR LEGAL (para recibir el examen) _____ **Fecha:** _____

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

Firma (Autorización para el envío de la factura al seguro) _____ **Fecha:** _____

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

<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

