



Resumen de los cambios 2017-2018

Adiciones:

Formularios:

Formulario de Autorización para Uso de Medicamentos

Formulario de Autorización para Tratamiento Médico

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

Formulario de Autorización para Uso de Productos Tópicos sin Receta con Consentimiento de los Padres

Formulario de Opción de Exclusión Voluntaria a la Ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA)

Clarificación de texto en referencia a:

Sección II - El informe de casos disciplinarios al Estado

Sección II - La tecnología personal

Sección II - La discriminación o el acoso

Sección V - Las actividades extracurriculares e interescolares para estudiantes de secundaria

Sección VI - La exclusión voluntaria del juramento a la bandera

Revisiones:

Formularios:

Acuse de Recibo

Ley de Derechos Educativos y de Privacidad Familiar (FERPA)

Clarificación de texto en referencia a:

Sección II - El sexteo (*Sexting*)

Sección II - El comportamiento inaceptable en el autobús escolar

Sección IV - La administración de las Evaluaciones Estandarizadas de la Florida (FSA)

Sección IV - El uso de los medios sociales

Sección VIII - La información de directorio

Sección IX - Llevar y autoadministrar medicamentos sin receta para estudiantes de los grados 9-12

Sección IX - Las ofensas conducentes a la suspensión y posible expulsión

Sección IX - Las ofensas conducentes a la expulsión obligatoria

Sección IX - La definición de armas y otras definiciones de infracciones

Apéndice - La división de la Matriz de Disciplina en grados K-2; 3-5; 6-8; y 9-12

La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante enumera las reglas del Distrito para todos los estudiantes de las Escuelas Públicas del Condado de Broward. Estas se aplican a todas las actividades que ocurran en las instalaciones escolares, en cualquier lugar donde se realicen actividades escolares 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 todas los formularios necesarios de forma electrónica, sírvase ingresar a *Back to School Toolkit*** (<http://www.browardschools.com/backtoschool>).

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 antes del inicio de clases y no más de 30 minutos después de la hora oficial de salida [F.S. 1003.31 (2)].
- Saber que por seguridad, los conductores de los autobuses escolares NO tienen la autorización de dejar a los estudiantes en un paradero diferente al asignado.
- Proporcionar a la escuela, cada año y cada vez que haya cambios, los nombres o los números telefónicos actualizados de los contactos de emergencia.
- Informar a la escuela sobre cualquier motivo que pueda afectar la capacidad de aprender, la asistencia regular o la participación en actividades escolares de su hijo(a).
- 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 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 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 o la expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar, en el sitio web <http://www.broward.k12.fl.us/sbbcpolicies>.
- Saber que tienen derechos en relación a la privacidad y confidencialidad de 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 de autobús. Un ambiente de aprendizaje seguro, en el que impere el respeto, es clave para el desempeño académico; por lo tanto, las acciones de cualquier estudiante fuera de la escuela que afecten seriamente la capacidad de aprendizaje de algún 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 de autobús o los que ocurran fuera de la 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 en la Sección II), los oficiales escolares deben ser notificados y se investigará o se brindará la ayuda y la intervención según el director/funcionario designado considere apropiado, incluso puede solicitar 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 abarca 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.

Nota: La selección de los padres en cada formulario del Código de Conducta del Estudiante será válida hasta que se presente un formulario nuevo.

Nombre del estudiante (Escriba en letra de imprenta)	Firma del estudiante	Fecha
Nombre del padre (Escriba en letra de imprenta)	Firma del padre	Fecha

Formulario de Autorización a los Medios de Comunicación del Año Escolar 2017/2018 (Todos los grados)

Como padre de un estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward, estoy 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 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 (Escriba en letra de imprenta)

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre (Escriba en letra de imprenta)

Firma del padre

Fecha

Formulario de Notificación de Exclusión Voluntaria FERPA del Año Escolar 2017/2018 (Todos los grados)

¡ATENCIÓN! Al marcar su selección en las opciones siguientes hará que la información seleccionada no aparezca en las publicaciones escolares, entre las que se encuentra el anuario (*yearbook*); aún cuando haya dado su autorización en la Sección B del Formulario de Autorización a los Medios de Comunicación.

Por ejemplo: Si marca "Nombre del estudiante" va a impedir que la foto del estudiante aparezca en el anuario.

PROPÓSITOS DE DIFUSIÓN

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, Florida, puede divulgar, a discreción y sin consentimiento previo, la información de directorio de un estudiante de cualquier grado solo si el padre o estudiante de 18 años de edad no ha notificado su exclusión voluntaria a la difusión 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, está tratando de 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 que se exhiben por toda la escuela);
- (c) los funcionarios de salud del Condado de Broward para que puedan comunicar a los padres las condiciones de salud pública de importancia según las Reglas del Departamento de Salud de la Florida (64D-3, F.A.C.), incluso, la información para 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:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nombre del estudiante | <input type="checkbox"/> Nombre del padre | <input type="checkbox"/> Domicilio |
| <input type="checkbox"/> Número(s) de teléfono(s) | <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento | <input type="checkbox"/> Lugar de nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Principal campo de estudio/
Especialidad | <input type="checkbox"/> Actividades y deportes
auspiciados por la escuela | <input type="checkbox"/> Estatura y peso de los
miembros del equipo deportivo |
| <input type="checkbox"/> Grado escolar | <input type="checkbox"/> Días de asistencia escolar | <input type="checkbox"/> Reconocimientos y premios* |
| <input type="checkbox"/> Nombre del programa o escuela al que asistió en el pasado o recientemente | | <input type="checkbox"/> Número de salón |

*Los reconocimientos y premios distinguen todo trabajo ejemplar (incluso las obras de arte), cualquier 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, aun cuando no se haga ninguna selección, DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL PRIMER DÍA DE CLASES o a la fecha de matrícula, en caso de que se haya efectuado después de haber comenzado el año escolar.

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

Nombre del padre/ tutor legal/estudiante elegible (Escriba en letra de 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 considerará confidencial, y exenta de divulgación, cierta información personal de aquellos individuos que trabajen en ocupaciones especiales (así como la información de sus cónyuges e hijos), siempre y cuando presenten por escrito una petición para tal exención. Si usted está empleado en una ocupación especial y desea solicitar que su información personal, la de su cónyuge o la de su hijo(a) se mantenga confidencial, sírvase programar una cita con la escuela de su hijo para llenar la Solicitud de Padres para la Exención de Información Personal de Ocupaciones Selectas (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 2017-2018 (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 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, arriba mencionada, sea divulgada a las Fuerzas Armadas/reclutadores militares.
2. _____ **YO NO PERMITIRÉ** que la información limitada, arriba 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, arriba mencionada, sea divulgada a las instituciones de educación postsecundaria.
2. _____ **YO NO PERMITIRÉ** que la información limitada, arriba 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, en caso de que se haya efectuado 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 _____
(Escriba en letra de imprenta)

Firma del padre/ tutor legal/ estudiante elegible _____

Fecha _____

Formulario de Exención de la Educación sobre Vida Familiar/Sexualidad Humana 2017/2018 (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 de que cada estudiante reciba la misma información de calidad para apoyar su educación y llevar una vida saludable.”

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward respetan los derechos de los padres y el papel que ejercen en la educación de sus hijos. Según el Estatuto de la Florida 1003.42(3):

“Cualquier estudiante cuyos padres presenten una petición de exención por escrito al director de su escuela quedará exento de la enseñanza de la salud reproductiva o enfermedades como el VIH/SIDA, sus síntomas, su desarrollo y su tratamiento. El estudiante que haya sido exento no podrá ser penalizado en razón de tal exención.”

Si desea exonerar a su hijo(a) de la obligación de asistencia a este curso, llene y entregue este formulario a la escuela. Su hijo(a) recibirá tareas alternativas durante la presentación 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 del Distrito y seleccionados por el/ la director(a) de la escuela, quienes podrán usar presentaciones autorizadas por expertos del Distrito en el campo de prevención de infecciones por enfermedades de 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 y entregar anualmente este formulario a su escuela DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES AL PRIMER DÍA DE CLASES o a la fecha de matrícula, en caso de que se haya efectuado 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 (Escriba en letra de imprenta) _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Formulario de Autorización para Uso de Medicamentos 2017/2018 (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 _____

Concedo mi autorización al director/la directora o su designado(a) para que ayude a mi hijo(a) o le administre cada medicamento durante el horario escolar, aun cuando esté en eventos oficiales fuera de la propiedad escolar. Si mi hijo(a) recibió la autorización de su médico para autoadministrarse su(s) medicamento(s), le doy mi autorización para que lo haga en la escuela o cuando esté en eventos oficiales fuera de la propiedad escolar. En caso de que mi hijo(a) no se lo(s) pueda administrar, doy mi autorización al director/directora/designado(a) para que le administre el medicamento con receta.

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 2017/2018 (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 _____

Concedo mi autorización al director/la directora o su designado(a) para que ayude a mi hijo(a) o le administre cada tratamiento/procedimiento durante el horario escolar, aun cuando esté en eventos oficiales fuera de la propiedad escolar. Si mi hijo(a) recibió la autorización de su médico para autoadministrarse su tratamiento, le doy mi autorización para que lo haga en la escuela o cuando esté en eventos oficiales fuera de la propiedad escolar. En caso de que mi hijo(a) no se lo pueda administrar, doy mi autorización al director/directora/designado(a) para que le administre el tratamiento prescrito. **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 Seleccionados sin Receta 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 Seleccionados sin Receta con Consentimiento de los Padres- Grados 9-12

Direcciones: El padre/tutor debe llenar cada sección para que el estudiante lleve consigo o se administre cualquiera de los medicamentos seleccionados sin receta (OTC) con su consentimiento. Este formulario no tiene 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

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 deben llenar esta sección)

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

Seleccione solo **UN** medicamento. SOLAMENTE se permite **2 dosis** del medicamento a una persona

Medicamento para administrarse por vía oral	Dosis y Horario	Síntomas	Comentarios	Fecha de expiración del medicamento
Acetaminophen (Tylenol) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar malestares y dolores; (la fiebre de 100.4 no se tratará en la escuela)	El estudiante con una temperatura mayor de 100.4 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	
Ibuprofen (Advil, Motrin) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Administrar según las instrucciones del fabricante	Para aliviar malestares y cólicos menstruales (la fiebre de 100.4 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 sensibles 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 haya indicado	

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

Al firmar a continuación, yo (el padre o tutor legal) entiendo que, solo con mi autorización, mi hijo(a) podrá llevar consigo y autoadministrar los medicamentos seleccionados sin receta. Entiendo que al permitir que mi hijo(a) lleve y se administre sus medicamentos yo asumo con toda la responsabilidad de los daños causados por la administración de medicamentos por parte de mi hijo(a). Entiendo que todos los medicamentos tienen que estar en su envase original y etiquetados correctamente con el nombre completo del estudiante. Entiendo y he discutido con mi hijo(a) que si usa el medicamento sin receta sobrepasando las (2) dos dosis diarias autorizadas, o vende o trafica este medicamento, recibirá las consecuencias descritas en la Matriz de Disciplina del Distrito. Al firmar este formulario, me hago responsable de las consecuencias de llevar y autoadministrar medicamentos seleccionados sin receta por parte de mi hijo(a). Asimismo, convengo en liberar a la Junta Escolar del Condado de Broward, Florida de toda responsabilidad por las consecuencias del uso en exceso de las dosis autorizadas, la venta o tráfico de cualquiera de los medicamentos previamente mencionados.

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 O ESPRAY

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 a continuación, yo (el padre o tutor legal) entiendo que, solo con mi autorización, mi hijo(a) podrá administrarse los productos tópicos sin receta y no el personal del cuidado de la salud. Asumo la responsabilidad de que el producto tópico que estoy registrando sea apropiado para la edad de mi hijo(a). Entiendo que puedo permitir que mi hijo(a) lleve consigo y se administre los productos tópicos indicados arriba y asumo toda responsabilidad por las consecuencias de la administración de estos productos por parte de mi hijo(a). Entiendo que todos los productos tópicos deben estar en su envase original y claramente etiquetados con el nombre completo del estudiante. Entiendo y he discutido con mi hijo(a) que por el uso inapropiado, la venta o tráfico de productos tópicos recibirá las consecuencias descritas en la Matriz de Disciplina del Distrito. Al firmar este formulario asumo toda responsabilidad de las consecuencias que resulten por la administración de los productos tópicos arriba mencionados. Asimismo, convengo en liberar a la Junta Escolar del Condado de Broward, Florida de toda responsabilidad por los daños causados debido al uso inapropiado, venta o tráfico de los productos tópicos de la lista por parte de mi hijo(a).

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 2017/2018 (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 los grados kindergarten (K), 1º, 3º y 6º, así como de los estudiantes que recién ingresan al condado. Se debe entender que estos exámenes no tienen el intento de substituir 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 a continuación 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, en caso de que se haya efectuado después de haber comenzado el año escolar.

Nombre del estudiante _____ Género/Sexo _____

Nombre de la escuela _____ Grado _____

NO DESEO QUE MI HIJO(A) SEA EXAMINADO EN 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 2017/2018 (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 visión y cumple con los requisitos de elegibilidad, el Programa de Visión Infantil Florida Heiken junto con sus proveedores para el cuidado de la salud le ofrecerán un examen ocular no invasivo, con pupila dilatada, 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 condiciones?:

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

- | 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) elegible al programa, a un examen ocular completo con dilatación de pupilas ya sea en la escuela por un optometrista que ofrece servicios ambulatorios 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 mutuo - 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 todos y cada uno de los reportes médicos de optometría de mi hijo(a) con 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 mantenemos / 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 enviar la cuenta 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



La Norma 5.8 del Código de Conducta del Estudiante enumera las reglas del Distrito para todos los estudiantes de las Escuelas Públicas del Condado de Broward. Estas se aplican a todas las actividades que ocurran en las instalaciones escolares, en cualquier lugar donde se realicen actividades escolares 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 todas los formularios necesarios de forma electrónica, sírvase ingresar a *Back to School Toolkit*** (<http://www.browardschools.com/backtoschool>).

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 antes del inicio de clases y no más de 30 minutos después de la hora oficial de salida [F.S. 1003.31 (2)].
- Saber que por seguridad, los conductores de los autobuses escolares NO tienen la autorización de dejar a los estudiantes en un paradero diferente al asignado.
- Proporcionar a la escuela, cada año y cada vez que haya cambios, los nombres o los números telefónicos actualizados de los contactos de emergencia.
- Informar a la escuela sobre cualquier motivo que pueda afectar la capacidad de aprender, la asistencia regular o la participación en actividades escolares de su hijo(a).
- 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 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 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 o la expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar, en el sitio web <http://www.broward.k12.fl.us/sbbcpolicies>.
- Saber que tienen derechos en relación a la privacidad y confidencialidad de 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 de autobús. Un ambiente de aprendizaje seguro, en el que impere el respeto, es clave para el desempeño académico; por lo tanto, las acciones de cualquier estudiante fuera de la escuela que afecten seriamente la capacidad de aprendizaje de algún 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 de autobús o los que ocurran fuera de la 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 en la Sección II), los oficiales escolares deben ser notificados y se investigará o se brindará la ayuda y la intervención según el director/funcionario designado considere apropiado, incluso puede solicitar 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 abarca 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.

Nota: La selección de los padres en cada formulario del Código de Conducta del Estudiante será válida hasta que se presente un formulario nuevo.

_____ Nombre del estudiante (Escriba en letra de imprenta)	_____ Firma del estudiante	_____ Fecha
_____ Nombre del padre (Escriba en letra de imprenta)	_____ Firma del padre	_____ Fecha