



Established 1915

BROWARD
County Public Schools

Código de Conducta del Estudiante

Resumen de los Cambios ***Año Escolar 2025-2026***

Reestructuración general y reajuste de componentes necesarios para mayor claridad:

Sección IV: Derechos y responsabilidades de los estudiantes - Actualización de la información de asistencia y disposiciones sobre la privacidad de los estudiantes

Sección V: Conocimiento y cumplimiento de la normas de conducta - Dispositivos de comunicación inalámbrica

Apéndice A : Definiciones de la norma

Apéndice B: Aviso de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Apéndice C: Matriz de disciplina



La Norma de la SBBC 5090 del Código de Conducta del Estudiante indica las reglas del Distrito al estudiantado de las Escuelas Públicas del Condado de Broward. Las reglas se aplican en todas las actividades escolares dentro y fuera del plantel educativo, y en cualquier vehículo autorizado para el transporte estudiantil. Su firma al pie de página no indica su acuerdo o desacuerdo, sino **que ha revisado la copia electrónica de estas reglas** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Devuelva este formulario a la escuela en un periodo de 3 días a partir del primer día de clases o de la fecha de matrícula. En caso prefiera llenar todos los formularios necesarios de forma electrónica, acceda al *Back to School Toolkit* en el Portal de Padres de Focus.

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 los nombres o los números telefónicos actualizados de los contactos de emergencia anualmente o cuando haya cambios.
- 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 de la SBBC 6305 y 6305.1 o según sus enmiendas, y que las consecuencias por el envío o la venta, o la intención de venta de medicamentos de venta libre, y la posesión y/o el uso de medicamentos no autorizados se encuentran en la Norma de la SBBC 5100. La Norma de la SBBC 6305 describe las reglas sobre los medicamentos con y sin receta, y la Norma de la SBBC 5100 describe las consecuencias por infringir estas reglas. Vea las normas completas de salud, suspensión o expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar en: <https://www.browardschools.com/school-board/school-board-policies>
- 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 XI de esta publicación.
- Saber que ni la Junta Escolar del Condado de Broward ni sus empleados son responsables por los artículos prohibidos perdidos, robados o confiscados, o por aparatos de comunicación inalámbrica u otra tecnología personal perdidos, robados o confiscados.
- Saber que los artículos confiscados que no se reclamen hasta el final del año escolar serán donados a organizaciones benéficas locales.
- Reconocer su responsabilidad por el comportamiento de sus hijos en la ida y vuelta de la escuela, y en el paradero de autobús. Un ambiente de aprendizaje seguro y respetuoso es la clave para el desempeño académico, por lo que las acciones de un estudiante fuera de la escuela que afecten la capacidad de aprendizaje de cualquier estudiante o la habilidad de enseñar de un miembro del personal puede conllevar una medida 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 V), se debe notificar a los funcionarios escolares para iniciar la investigación o brindar la ayuda y la intervención según la dirección escolar/persona designada considere necesario, incluso se puede solicitar la intervención de la Policía Escolar.
- Asegurarse de que sus hijos hagan uso legal, ético y responsable de la tecnología, las redes sociales, las herramientas digitales, el Internet y el software; como se define en la Sección VII de esta publicación.
- Continuar siendo responsables de sus hijos aun cuando cumplan la mayoría de edad (18 años o más), en lo relacionado con la educación y la disciplina, con las excepciones que provee la ley.

Nota: La selección de los padres en los formularios del Código de Conducta del Estudiante será válida hasta la presentación de formularios nuevos.

Nombre del estudiante (En imprenta)

Firma del estudiante

Nombre del padre (En imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha

Formulario de Autorización para Medios de Comunicación 2025/2026 (Todos los grados)

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

Marcar una opción en la Sección A y una opción en la Sección B

(Si no marca una opción en ambas secciones, la opción automática será “YO NO PERMITIRÉ”)

Sección A – Medios de Comunicación Externos

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, con la debida 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

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), herramientas de comunicación de la escuela y el Distrito (p.ej., sitios web y redes sociales), BECON-TV, y eventos y actividades 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), herramientas de comunicación de la escuela y el Distrito (p.ej., sitios web y redes sociales), BECON-TV, y eventos y actividades escolares.

Nombre del estudiante (EN LETRA DE IMPRENTA)

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del padre/tutor (EN LETRA DE IMPRENTA)

Firma del padre/tutor

Fecha

Formulario de Notificación de Exclusión Voluntaria FERPA 2025/2026 (Todos los grados)

AVISO: Las opciones que seleccione abajo no aparecerán en las publicaciones escolares, como el anuario (*yearbook*), entre otros, aunque haya dado su autorización en la Sección B del Formulario de Autorización para los Medios de Comunicación. Por ejemplo: Si marca "Nombre del estudiante", la foto del estudiante no aparecerá en el anuario.

PROPÓSITOS DE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE DIRECTORIO

La "información de directorio" es una información de identificación personal que en caso de ser divulgada no se considera perjudicial o de invasión a la privacidad. De acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), la SBBC puede divulgar, a su discreción, la información de directorio de un(a) estudiante de cualquier grado, si el padre o estudiante de 18 años o más no notificó la exclusión voluntaria de la divulgación. La SBBC se reserva el derecho de divulgar la información de directorio exclusivamente:

- (a) a colleges, universidades, u otras instituciones educativas en las cuales el estudiante ya está matriculado, intenta matricularse o puede ser reclutado;
- (b) para la realización de actividades deportivas, publicaciones escolares, material didáctico y otros instrumentos de comunicación escolar (entre los que se encuentran: anuarios, programas deportivos, programas de graduación, folletos de reclutamiento, programas teatrales, sitios web de la escuela y el Distrito, redes sociales y anuncios, y carteles por toda la escuela);
- (c) a los funcionarios de salud del condado de Broward con el fin de comunicarse con los padres para abordar problemas de salud pública de importancia según el Departamento de Salud de Florida (64D-3, F.A.C.), incluyendo la información para hacer frente o prepararse ante una amenaza de salud pública potencial o confirmada; y/o
- (d) a los comités de reunión de la promoción (y similares) para motivos de actividades de la clase.

TIPOS DE INFORMACIÓN DE DIRECTORIO

Los padres/tutores legales de estudiantes de cualquier grado, o los estudiantes elegibles (aquellos mayores de 18 años, independientes, o que están asistiendo a una institución de educación postsecundaria) pueden solicitar a continuación la exclusión de divulgación de algunos o todos los tipos de información de directorio con una marca de verificación (✓) lo 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
___ 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 o anterior	___ Número del salón/aula

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

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

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

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

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

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

Para padres en ocupaciones preferenciales:

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

Formulario de Exclusión Voluntaria ESSA (Grados 11 y 12) 2025 - 2026

FUERZAS ARMADAS Y EDUCACIÓN POSTSECUNDARIA

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

- **las Fuerzas Armadas/reclutadores militares** (comandante del Distrito u oficial superior de las oficinas regionales o satélite de las Fuerzas Armadas, como la Guardia Costera de los Estados Unidos) para enviar información por correspondencia sobre las oportunidades que las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos ofrecen a los estudiantes. El personal de las fuerzas armadas responsable de estas listas protegerá su confidencialidad.
- **las instituciones de educación superior** (instituciones postsecundarias). El personal de educación superior responsable de las listas protegerá su confidencialidad.

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

Información para divulgar a las Fuerzas Armadas/reclutadores militares:

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

Información para divulgar a instituciones de educación postsecundaria:

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

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

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

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Nombre de la escuela _____

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

Firma del padre/ tutor legal/ estudiante elegible _____

Fecha _____

Coordinated Student Health Services

Heather Katcher, Director

1400 NW 14 Court
Fort Lauderdale, Florida 33311
phone: 754-321-1575 • fax: 754-321-1695
heather.katcher@browardschools.com
www.browardschools.com/cshs

The School Board of Broward County, Florida

Debra Hixon, Chair
Sarah Leonardi, Vice Chair

Lori Alhadeff
Maura McCarthy Bulman
Adam Cervera, Esq.
Dr. Jeff Holness
Nora Rupert
Rebecca Thompson
Dr. Allen Zeman

Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools

Estimados padres/tutores:

El objetivo de esta carta es informarles sobre los servicios de salud provistos por el Departamento de Coordinación de Servicios de Salud Estudiantil de las Escuelas Públicas del Condado de Broward.

Servicios de Salud Escolar

BCPS colabora con el Departamento de Salud de Florida (FDOH) en el condado de Broward para garantizar la salud y seguridad de sus hijos. Actualmente, la Coordinación de Servicios de Salud Estudiantil dispone de enfermeras tituladas a nivel distrital para asistir en la coordinación de los servicios de salud escolar y ayudar con cualquier problema de salud que puedan tener. Se pueden contactar con el personal de salud asignado a las escuelas de sus hijos llamando directamente a la clínica de la escuela. Para cualquier pregunta relacionada con los servicios de salud, entren en contacto con la Coordinación de Servicios de Salud Estudiantil al 754-321-1575.

Formularios de Consentimiento para Servicios de Salud Estudiantil

Cada año escolar, el padre o tutor debe completar, fechar y firmar la sección de consentimiento para servicios de salud en la Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante (SECC, en inglés) para que los estudiantes reciban atención por enfermedad/lesión en la clínica escolar (por ejemplo, consultas por dolor estomacal, dolor de cabeza, síntomas de resfrió o gripe, sangrado nasal, curitas para cortes y heridas, etc.) durante el día lectivo o las actividades patrocinadas por la escuela.

Cuando sus hijos se enferman

Mantengan a sus hijos en casa cuando están enfermos, los ayuda en su recuperación y al mismo tiempo protege a sus compañeros de clase. No envíen a sus hijos a la escuela si muestran los siguientes síntomas:

- Tos fuerte
- Temperatura mayor de 100.4 °F (38 °C)
- Dolor de garganta intenso
- Infección ocular
- Diarrea
- Vómito persistente
- Sarpullido
- Piojos

Sus hijos deben haber estado sin vómitos, diarrea, y fiebre por lo menos por 24 horas y sin la ayuda de medicamentos antifebriles antes de regresar a clases. BCPS se ha asociado con Hazel para proporcionar servicios de telesalud sin costo a todos los estudiantes inscritos en BCPS. Se requiere su autorización. Visiten www.browardschools.com/cshs para su consentimiento e información adicional.

Exámenes Estatales de Salud Obligatorios

Los Estatutos de Florida 381.0056 exigen que se conduzcan exámenes de salud no invasivos a todos los estudiantes de kindergarten y de los grados 1°, 3° y 6°. Si un estudiante no pasa un examen de salud específico, se enviará a la casa una carta de remisión indicando que se requiere una mayor evaluación y medidas correctivas si son

necesarias. Si desean la exención de uno o más exámenes para sus hijos, deben indicarlo por escrito. La información de estos exámenes es confidencial, y los resultados serán archivados en el expediente acumulativo de los estudiantes. A continuación se encuentran los exámenes por grado escolar:

- Vista: Estudiantes de kindergarten, primer, tercer, sexto grado y los que recién ingresan a BCPS hasta el 5º grado.
- Audición: Estudiantes de kindergarten, primer, tercer, sexto grado y los que recién ingresan a BCPS hasta el 5º grado.
- Índice de Masa Muscular (BMI, por sus siglas en inglés): Estudiantes de primer, tercer, sexto grado y los que recién ingresan a BCPS hasta el 5º grado.
- Escoliosis: Estudiantes de sexto grado.

Estado de Salud

Si sus hijos tienen alguno de los siguientes problemas de salud, incluyendo entre otros, anafilaxis, asma, diabetes, fibrosis quística y convulsiones informen a la escuela completando ambos lados de la hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante y el formulario de Revisión del Estado de Salud. Dependiendo del problema de salud reportado, puede solicitarse la documentación de un proveedor de salud. Visiten [Coordinated Student Health Services/Chronic Health Conditions \(browardschools.com\)](https://www.browardschools.com/Coordinated_Student_Health_Services/Chronic_Health_Conditions) para más información.

Administración de Medicamentos en la Escuela (con receta o de venta libre)

Si la medicación/tratamiento es médicamente necesaria(o) durante el día lectivo, proporcionen a la escuela el formulario actual de Autorización de Medicamentos/Tratamiento firmado por un proveedor de salud y el padre/tutor. Para obtener el formulario, visiten www.browardschools.com/healthforms.

Se requiere un Plan de Control Médico de la Diabetes (DMMP, por sus siglas en inglés) para estudiantes con diabetes que debe ser llenado y firmado por el médico y el padre o tutor. Para acceder al formulario, visiten www.browardschools.com/healthforms.

Autorización de Medicamentos/Productos Seleccionados de Venta Libre (OTC, por sus siglas en inglés) con Permiso de los Padres

Padres o tutores pueden completar y firmar la autorización para medicamentos/ productos seleccionados de venta libre para que estudiantes de los grados 9-12 los lleven consigo. Para más información, visiten www.browardschools.com/healthforms

Inmunizaciones

Según los Estatutos de Florida 1003.22, todos los estudiantes que ingresen o asistan a una escuela pública o privada, desde el kindergarten hasta el 12º grado, deben presentar un comprobante de vacunación documentado en el formulario del Departamento de Salud de Florida FDOH DH 680/681. Para garantizar que sus hijos están listos para asistir a clases, verifiquen que han recibido la vacunación requerida visitando al proveedor de salud de sus hijos o contactándose con el FDOH en Broward al (954) 467-4700. La exención por motivos religiosos puede ser otorgada por el FDOH. Para más información, que incluye cómo vacunar a sus hijos sin costo, visiten www.browardschools.com/vaccinations

Recursos comunitarios

Si no tienen seguro, pueden obtener el formulario de solicitud del seguro Florida Kidcare [KidCare Outreach | Florida Department of Health in Broward \(floridahealth.gov\)](https://www.floridahealth.gov/KidCare-Outreach)

El Programa para el Cuidado de la Vista Florida Heiken proporciona exámenes y anteojos en caso sean necesarios a estudiantes que necesiten servicios integrales de vista sin costo. Accedan al [Volante de Florida Heiken \(browardschools.com\)](https://www.browardschools.com/Volante_de_Florida_Heiken)

Si tienen preguntas, contáctense con la Coordinación de Servicios de Salud Estudiantil al (754) 321-1575, o visiten www.browardschools.com/cshs

Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward 2025-26

Este formulario debe actualizarse cada año

Office Use Only	Student #	Grado escolar:	<input type="checkbox"/> Court Order	<input type="checkbox"/> Medical
	Date Enrolled:		<input type="checkbox"/> Special Needs	<input type="checkbox"/> Other
<p>En caso de una emergencia, es muy importante que la escuela pueda contactarse con el padre de el o la estudiante (como se define abajo). Complete la información en ambos lados de este formulario con cuidado y precisión. Utilice tinta negra o azul y escriba con claridad. Los nombres de ambos padres, (como lo define la Sección 1000.21(6) de los Estatutos de Florida), los padres/tutores que inscriben y los padres que no inscriben, deben estar registrados en la hoja de contactos de emergencia como personas autorizadas para recoger al niño o la niña de la escuela, salvo que una orden judicial haya terminado los derechos parentales y se presente la copia certificada de tal orden a la oficina de la escuela. Ambos padres designarán las personas autorizadas para recoger al niño o niña de la escuela en la Hoja de Contactos de Emergencia. Ningún padre debe borrar o alterar de ninguna manera los nombres provistos por el otro padre en la Hoja de Contactos de Emergencia.</p>				
Información del estudiante	Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	
	Fecha de nacimiento: / /	Maestro(a) (solo para escuelas primarias):		
	Dirección residencial:			
	Dirección de envío (si es diferente a la de arriba):			
	Marque todo lo que corresponda con la residencia del estudiante: <input type="checkbox"/> Orden Médica <input type="checkbox"/> Orden Judicial <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> Otro			
	¿Ha cambiado el o la estudiante de dirección desde la última inscripción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	¿Hay una orden judicial en el expediente que impida a uno de los padres tener contacto con el o la estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, contactar la escuela			
	Nombre(s) preferido(s)/Apodo(s):			
	Todo el personal puede llamar a mi hijo(a) por su(s) nombre(s) o apodo(s) preferido(s) indicado(s) arriba en todos los documentos que no son oficiales y durante los eventos escolares / distritales.			
	Firma:		Fecha:	Parentesco:
Padre	Apellido:	Nombre:	Tel. celular:	
	Dirección residencial (si es diferente a la de el o la estudiante):	Ciudad, Estado, Código postal:		Teléfono residencial:
	Empleador:	Teléfono de trabajo:	Correo electrónico del padre:	
Otro padre	Apellido:	Nombre:	Tel. celular:	
	Dirección residencial (si es diferente a la de el o la estudiante):	Ciudad, Estado, Código postal:		Teléfono residencial:
	Empleador:	Teléfono de trabajo:	Correo electrónico del padre:	
Permiso / Contacto autorizado	Escriba los nombres de las personas a quienes podemos entregar a su hijo(a) o a quienes podemos contactar, si no conseguimos localizarlo(a). NINGÚN ESTUDIANTE SERÁ ENTREGADO A ALGUIEN QUE NO ESTÉ EN LA LISTA DE ABAJO. Ambos padres designarán las personas autorizadas para recoger al niño o niña de la escuela en la Hoja de Contactos de Emergencia. Al seleccionar una persona para recoger a su hijo(a), tome en cuenta que sea alguien preparado para manejar cualquier necesidad médica específica que su hijo(a) pueda necesitar. Por la presente, yo/nosotros autorizo/autorizamos contactar, divulgar información relacionada con la emergencia, o entregar a mi/nuestro hijo(a) a las siguientes personas en caso de enfermedad, evacuación u otra emergencia que pueda ocurrir mientras mi/nuestro hijo(a) esté en la escuela.			
	Nombre:	Parentesco:	Teléfono:	
Declaro que la información en esta hoja es correcta y verdadera. Notificaré inmediatamente cualquier cambio a la oficina de la escuela.				
Firma:		Fecha:	Parentesco:	

La información personal provista en este formulario se mantendrá confidencial (en un área protegida) y el personal escolar solo la utilizará y divulgará según la necesidad.

Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward 2025-26

Este formulario debe actualizarse cada año

Apellido del estudiante:

Nombre:

Segundo nombre:

Grado escolar:

Consentimiento para servicios de salud	<p>Consentimiento para servicios de la clínica escolar: Atención y tratamiento de enfermedades y lesiones (p. ej.: Consultas a la clínica escolar por dolores de estómago o de cabeza, síntomas de resfriado/gripe, hemorragia nasal, vendas por cortes y rasguños, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ, doy consentimiento para que mi hijo(a) reciba atención médica de la enfermería escolar, personal de salud capacitado o personal escolar capacitado durante el día escolar y en actividades fuera de la escuela, incluyendo excursiones escolares.</p> <p><input type="checkbox"/> NO, entiendo que mi hijo(a) NO recibirá atención médica no urgente del personal de salud o del personal escolar.</p> <p>Si esta sección se deja en blanco o sin firmar, el personal de la escuela NO podrá atender a su hijo(a) a menos que sea una emergencia médica.</p> <p>Exámenes de salud obligatorios del estado, F.S. 381.0056(3): Los estudiantes en grados de pruebas de detección obligatorias del estado (Kindergarten, 1er grado, 3er grado y 6to grado) <u>recibirán</u> exámenes de salud específicos de visión, audición, crecimiento y desarrollo, y escoliosis, según lo dispuesto en el plan de servicios de salud del distrito. Un(a) estudiante estará exento(a) de cualquier examen de salud si el padre o tutor solicita una exención por escrito.</p> <p>Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios de salud indicados arriba. Estoy consciente de que si otorgo mi consentimiento, BCPS divulgará el expediente escolar de mi hijo(a) (que incluye la información médica) a proveedores de servicios de cuidados encargados de proporcionarle asistencia.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____ Parentesco: _____</p>																		
Información médica	<p>La información médica debe ser reportada cada año escolar y cuando ocurran cambios. La información sobre los problemas de salud reportados en años anteriores no se considerará vigente a menos que se indique a continuación. Si marca que su hijo(a) tiene un problema de salud actual, debe completar el <i>Formulario de Revisión del Estado de Salud</i> Y presentar la documentación de un proveedor de la salud a la escuela de su hijo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> MI HIJO(A) NO TIENE O YA NO TIENE LOS PROBLEMAS DE SALUD ENUMERADOS A CONTINUACIÓN</p> <p>Marque todos los problemas de salud que están vigentes y que han sido diagnosticados por un proveedor de la salud:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> TDA/TDAH (ADD/ADHD, en inglés)</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Alergias (sin riesgo para la vida)</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Alergias (mortales)</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Asma (actualmente toma medicamento diario o de emergencia)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autismo</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico</td> <td>Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fibrosis quística</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2</td> <td><input type="checkbox"/> Epilepsia/ Trastornos convulsivos (SIN incluir convulsiones febriles)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trastorno renal</td> <td><input type="checkbox"/> Lupus</td> <td><input type="checkbox"/> Problema de salud mental / conductual</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (NO rasgo de células falciformes)</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____</p> <p>¿Usa su hijo(a) anteojos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usa su hijo(a) audífonos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			<input type="checkbox"/> TDA/TDAH (ADD/ADHD, en inglés)	<input type="checkbox"/> Alergias (sin riesgo para la vida)	<input type="checkbox"/> Alergias (mortales)	<input type="checkbox"/> Asma (actualmente toma medicamento diario o de emergencia)	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	Cáncer	<input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2	<input type="checkbox"/> Epilepsia/ Trastornos convulsivos (SIN incluir convulsiones febriles)	<input type="checkbox"/> Trastorno renal	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Problema de salud mental / conductual	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (NO rasgo de células falciformes)
<input type="checkbox"/> TDA/TDAH (ADD/ADHD, en inglés)	<input type="checkbox"/> Alergias (sin riesgo para la vida)	<input type="checkbox"/> Alergias (mortales)	<input type="checkbox"/> Asma (actualmente toma medicamento diario o de emergencia)																
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	Cáncer	<input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas																
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2	<input type="checkbox"/> Epilepsia/ Trastornos convulsivos (SIN incluir convulsiones febriles)																
<input type="checkbox"/> Trastorno renal	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Problema de salud mental / conductual	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (NO rasgo de células falciformes)																
Seguro de salud	<p>Marcar todos los casilleros correspondientes: <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Florida KidCare/Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>Si marcó NINGUNO, ¿nos da su autorización para enviar su nombre y teléfono a Florida KidCare Insurance con el fin de hacer una evaluación para saber si es elegible para la cobertura de seguro médico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, (firme aquí): _____ <input type="checkbox"/> No</p>																		
Divulgación de información médica y emergencia	<p>Por la presente, autorizo para que la información médica de mi hijo(a), la información de contacto de los padres, y otra información de salud (recogida por servicios de salud provistos por la escuela, incluso la información almacenada electrónicamente) se comparta con los funcionarios del departamento de salud para abordar situaciones de salud pública de importancia, incluso la información para enfrentar y prepararse para problemas de salud potenciales o confirmados. Para los estudiantes que reciben servicios de salud del personal de la escuela o el Distrito y/o los asociados contratados, también autorizo al Distrito a compartir la información de salud identificable de mi hijo(a) y datos demográficos relacionados con el Departamento de Salud de Florida para realizar supervisiones y garantizar el cumplimiento del programa en el Distrito y las escuelas, y evaluar la prestación de servicios.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p> <p>La información médica o de otro tipo se divulgará sin el consentimiento del padre/estudiante elegible en caso de una emergencia sanitaria, según lo permitido por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA). La escuela se contactará con los servicios médicos de emergencia cuando lo considere necesario. Se autorizará el transporte de emergencia a un centro de salud, según lo determinen los paramédicos.</p>																		
Información de salida escolar	<p>Procedimientos de salida habitual: En un día normal, ¿cómo su hijo(a) se irá de la escuela?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> En carro</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> En el autobús escolar</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Tomará el transporte público</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asistirá al programa de cuidado después de clases</td> <td><input type="checkbox"/> Asistirá al programa de cuidado después de clases</td> <td><input type="checkbox"/> A pie o en bicicleta a su casa</td> </tr> </table> <p>Procedimientos de salida de emergencia: En caso de una tormenta severa u otra emergencia no programada le ha indicado a su hijo(a) a:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ir a la casa a pie</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Tomar el autobús escolar (como siempre)</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Tomar el transporte público</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ir a la casa en carro solo con sus padres</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Ir a la casa en carro con la persona indicada o autorizada de la lista de contactos</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> En carro	<input type="checkbox"/> En el autobús escolar	<input type="checkbox"/> Tomará el transporte público	<input type="checkbox"/> Asistirá al programa de cuidado después de clases	<input type="checkbox"/> Asistirá al programa de cuidado después de clases	<input type="checkbox"/> A pie o en bicicleta a su casa	<input type="checkbox"/> Ir a la casa a pie	<input type="checkbox"/> Tomar el autobús escolar (como siempre)	<input type="checkbox"/> Tomar el transporte público	<input type="checkbox"/> Ir a la casa en carro solo con sus padres	<input type="checkbox"/> Ir a la casa en carro con la persona indicada o autorizada de la lista de contactos					
<input type="checkbox"/> En carro	<input type="checkbox"/> En el autobús escolar	<input type="checkbox"/> Tomará el transporte público																	
<input type="checkbox"/> Asistirá al programa de cuidado después de clases	<input type="checkbox"/> Asistirá al programa de cuidado después de clases	<input type="checkbox"/> A pie o en bicicleta a su casa																	
<input type="checkbox"/> Ir a la casa a pie	<input type="checkbox"/> Tomar el autobús escolar (como siempre)	<input type="checkbox"/> Tomar el transporte público																	
<input type="checkbox"/> Ir a la casa en carro solo con sus padres	<input type="checkbox"/> Ir a la casa en carro con la persona indicada o autorizada de la lista de contactos																		
Hermanos(as) y lengua materna	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido:</td> <td style="width: 33%;">Nombre:</td> <td style="width: 33%;">Grado escolar:</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			Apellido:	Nombre:	Grado escolar:													
Apellido:	Nombre:	Grado escolar:																	
Encuesta	<p>Por favor, haga una lista de otros idiomas que se hablan en el hogar:</p> <p>Ayúdenos a entender las necesidades de nuestra comunidad escolar respondiendo las siguientes preguntas.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">¿Tiene su hijo(a) acceso a una computadora en la casa?</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene acceso a la internet en la casa?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene su hijo(a) acceso a la internet desde la computadora de casa?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene acceso a la internet fuera de la casa?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>Por favor, indique su método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico</p>			¿Tiene su hijo(a) acceso a una computadora en la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene acceso a la internet en la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene su hijo(a) acceso a la internet desde la computadora de casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene acceso a la internet fuera de la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
¿Tiene su hijo(a) acceso a una computadora en la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																		
¿Tiene acceso a la internet en la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																		
¿Tiene su hijo(a) acceso a la internet desde la computadora de casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																		
¿Tiene acceso a la internet fuera de la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																		

Revisión del Estado de Salud

Año escolar 20__ - 20__

¿HA COMPLETADO LA HOJA ANUAL DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE? Sí No

Apellido del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____

Nombre del estudiante: _____
Grado: _____

Los problemas de salud se definen como aquellas afecciones que duran 1 año o más y requieren atención médica continua, limitan las actividades de la vida diaria, o ambas.

ATENCIÓN DE ESTUDIANTES /CAPACITACIÓN

- El Plan Individual de Atención Médica (IHCP) es un plan de acción para el manejo de las necesidades reales y potenciales de salud durante el día escolar, en excursiones escolares y durante las actividades patrocinadas por la escuela.
 - Un IHCP puede ser elaborado para estudiantes con *problema de salud verificado* que requiere medicación, o un procedimiento, durante el día escolar.
- El Plan de Atención de Emergencia (ECP) es un conjunto de instrucciones paso a paso sobre qué hacer en caso de emergencia.
 - Se puede elaborar un ECP para estudiantes con riesgo potencial de emergencia (es decir, anafilaxia, convulsiones, diabetes, asma).
- Según lo permitido por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), la información sobre el problema de salud en un ECP se compartirá con el personal escolar correspondiente.
- Todas las afecciones deben tener un diagnóstico documentado del proveedor salvo cuando se trata de TDA/TAHA (ADD/ADHD, en inglés), alergias que no ponen en riesgo la vida, problemas de salud mental/conductual y "otros".

Estado de Salud

SOLO marque las condiciones de salud actuales. *El asterisco indica problemas de salud que **requieren** documentación escrita de diagnóstico de un proveedor de atención médica.

- TDA/TAHA (ADD/ADHD Déficit de Atención / Hiperactividad)
- Alergias – sin riesgo para la vida (no grave)
- Alergias – con riesgo para la vida (grave)*
- Asma*
- Trastorno hemorrágico*
- Cáncer*
- Afecciones cardíacas*
- Fibrosis quística*

- Diabetes – Tipo 1*
- Diabetes – Tipo 2*
- Epilepsia / trastornos convulsivos*
- Trastornos renales*
- Lupus*
- Anemia de células falciformes*
- No hay un problema de salud actualmente
- Otro _____

Evaluación de las necesidades de medicación:

¿Se considera medicamente necesario que su hijo(a) reciba medicación durante el día escolar?

Sí No

Si respondió que **sí**, debe presentar el formulario de Autorización de Medicamentos/Tratamiento que haya sido llenado por un proveedor de atención médica para la administración de medicamentos (www.browardschools.com/healthforms).

¿Está el/la estudiante tomando medicamentos que se deben administrar durante una actividad escolar fuera del plantel o patrocinada por la escuela (incluyendo viajes durante la noche) que ocurren fuera del horario escolar tradicional?

Sí No

Según el Estatuto 1002.20 de la Florida y la Norma 6305 de la Junta Escolar, se permite al estudiante llevar consigo inhaladores dosificadores (MDI), epinefrina autoinyectable, suministros y medicamentos para diabéticos, y/o suplementos de enzimas pancreáticas con un formulario de autorización para medicamentos/tratamiento que haya sido llenado por un proveedor de atención médica que indique que el estudiante está capacitado y es independiente.

Fecha de diagnóstico: _____

Signos y síntomas (si los hay): ___ Desencadenantes/alérgenos (si los hay): _____

¿Alguna hospitalización reciente relacionada con el diagnóstico? Sí No Fecha: _____

¿Alguna cirugía reciente relacionada con el diagnóstico? Sí No Fecha: _____

¿Alguna restricción de actividad en la escuela? Sí No

Información adicional (*incluir efectos secundarios conocidos y específicos del estudiante a la medicación*):

Por favor proporcione la mejor información de contacto, incluyendo nombre y número, para que el personal de la escuela pueda comunicarse y consultar sobre el problema de salud de su hijo(a).

Nombre del padre/tutor: _____

Mejor número de teléfono de contacto: _____

Firma del padre/tutor: _____

Parentesco con el/la estudiante: _____

*****CLINIC USE ONLY*****

PARENT / HEALTHCARE STAFF COMMUNICATION:

Date/Time: _____ Medication Authorization Form Emergency Contact Card Unable to reach parent/guardian Letter sent home

Date/Time: _____ Medication Authorization Form Emergency Contact Card Unable to reach parent/guardian Letter sent home

Date/Time: _____ Medication Authorization Form Emergency Contact Card Unable to reach parent/guardian Letter sent home

Date/Time: _____ No verified health condition [Remove from School Application] Referral (Admin, Social Work, Food & Nutrition, etc.)

The signature below serves as an annual health record review:

RN Name: _____

RN Signature: _____

Date: _____

Student needs IHP only

Student needs IHP and ECP

No plan required at this time



2025/2026

Requisitos de vacunación escolar

Antes de ingresar o asistir a la escuela en persona o de forma remota (del kindergarten al duodécimo grado) cada niño(a) debe proporcionar una *Certificación de Inmunización de Florida* (formulario DH 680) *que documente las siguientes vacunas:

Del kindergarten al duodécimo grado:

- Cuatro o cinco dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP)±
- Tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B (Hep B)
- Cuatro o cinco dosis de la vacuna contra la poliomielitis (IPV)**
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)
- Dos dosis de la vacuna contra la varicela†

Séptimo grado:

Además de las vacunas requeridas del kindergarten al duodécimo grado, los estudiantes que ingresen o asistan al séptimo grado deben haber recibido las siguientes vacunas:

- Una dosis de la vacuna contra el tétanos-difteria-tos ferina (Tdap) del séptimo al duodécimo grado
- La obtención del formulario DH 680 actualizado que incluya la Tdap, para presentarlo a la escuela

Visite a su proveedor de atención médica o pediatra para obtener el formulario DH 680*.

Para obtener información sobre clínicas de vacunación gratuitas, visite browardschools.com/vaccinations

Los estudiantes sin un Certificado de Inmunización* completo que indique el cumplimiento del calendario actual de vacunas obligatorias no podrán asistir a clases hasta proporcionar este documento.

Las ausencias debido al incumplimiento de los requisitos de vacunación se considerarán injustificadas. (F. S. s.1003.22(1)) (Norma de BCPS 5.5-IV.C.2)

* *Los estudiantes pueden asistir a la escuela sin un formulario DH 680 si tienen una exención médica (formulario DH 680-Parte B/C) o una exención por motivo religioso (formulario DH 681).*


± *La quinta dosis de la vacuna DTaP no es necesaria si la cuarta dosis se administró a los 4 años o más adelante.*

** *Si se administran cuatro o más dosis antes de los 4 años, se debe recibir una dosis adicional entre los 4 y los 6 años y al menos seis meses después de la dosis anterior. Una cuarta dosis no es necesaria si la tercera dosis se administró a los 4 años o más y al menos seis meses después de la dosis anterior.*

† *La vacuna contra la varicela no es necesaria si el proveedor de atención médica documenta la enfermedad de la varicela.*

Nuestro distrito escolar se ha asociado con Hazel Health, Inc. y Telehealth Services USA que opera como Hazel Health Services ("Hazel Health Services") para que todos los estudiantes tengan acceso a servicios de salud de calidad. La enfermería escolar o la persona responsable de la salud escolar pueden iniciar una consulta por video con uno de los proveedores de atención médica de Hazel para garantizar que no haya retrasos en la atención médica. Complete este formulario para asegurar el acceso a este conveniente servicio.

Complete este formulario en línea y obtenga más información de Hazel en: getstarted.hazel.co/district/broward



	Mes	Día	Año
	/	/	
_____ Nombre del estudiante	_____ Apellido del estudiante	_____ Fecha de Nacimiento del estudiante	
_____ Número de identificación del estudiante	_____ Dirección del estudiante		_____ Ciudad/Estado/Código postal
_____ Nombre del padre / tutor legal # 1	_____ Parentesco con el estudiante	_____ Teléfono móvil <input type="radio"/> <i>Preferido</i>	_____ Correo electrónico <input type="radio"/> <i>Preferido</i>
_____ Nombre del padre / tutor legal # 2	_____ Parentesco con el estudiante	_____ Teléfono móvil <input type="radio"/> <i>Preferido</i>	_____ Correo electrónico <input type="radio"/> <i>Preferido</i>

Información Requerida sobre el Seguro

¿Cuánto me costará una consulta con Hazel? Los servicios de Hazel Health están cubiertos al 100%, por lo que no hay costo para su familia.

¿Quién cubre estos servicios? Al igual que un proveedor de atención médica regular, Hazel facturará al seguro de su hijo(a) por los servicios prestados. Lo que no cubra el seguro será responsabilidad del distrito escolar. Como resultado, **no hay gastos** para su familia.

No recibirá una factura por usar los servicios de Hazel - no importa qué seguro tenga, o cuál sea su deducible. Una vez que se complete la consulta, puede recibir por correo una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su compañía de seguros. Esta no es una factura; es simplemente el registro de que se realizó una consulta. No es necesaria ninguna acción.

¿Qué pasa si mi hijo(a) no tiene seguro médico? Si Hazel comprueba que su hijo(a) no está asegurado(a), la atención médica seguirá siendo cubierta al 100 %. Para más información, consulte nuestras preguntas frecuentes en www.hazel.co/faq

Proporcione la información del seguro de su hijo(a) y complete todas las secciones a continuación. Los datos de su seguro son siempre confidenciales y se almacenan de forma segura.

Compañía de Seguro	N.º de identificación del asegurado	N.º de grupo (si corresponde)	
Nombre del titular de la póliza	Apellido del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Parentesco con el estudiante
Dirección del titular de la póliza		Ciudad/Estado/Código postal	

Al marcar este casillero, certifico que mi hijo(a) no tiene cobertura de seguro médico en este momento.

He leído la Política de Privacidad y Autorización de Servicios de Hazel Health y: (marque uno de los siguientes casilleros)

DOY permiso para que mi hijo(a) reciba servicios de atención médica de proveedores de Hazel Health.

NO DOY permiso para que mi hijo(a) reciba servicios de atención médica de proveedores de Hazel Health.

Firma del padre / tutor legal / representante legal (obligatorio)

Fecha

CONTINÚE EN LA PÁGINA 2 PARA INDICAR ALERGIAS CONOCIDAS Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD

Este consentimiento será válido hasta que el padre / tutor legal / representante legal lo revoque.

Nombre del estudiante

Apellido del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia?

Sí NO Alergias a medicamentos Especifique: _____

Sí NO Alergias alimentarias Especifique: _____

Sí NO Alergias estacionales / ambientales Especifique: _____

¿Está su hijo(a) tomando algún medicamento actualmente?

Sí NO Especifique: _____

Si el proveedor médico con licencia de Hazel lo recomienda, ¿se pueden administrar los siguientes medicamentos (adecuados según la edad / peso) a su hijo(a) en la escuela?

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Tylenol™ / Acetaminofén (dolor, fiebre) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Jarabe para la tos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Advil™ / Motrin™ / Ibuprofeno (dolor, fiebre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Crema de hidrocortisona (inflamación, picazón) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pepto para niños™ / Carbonato de Calcio (malestar estomacal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zyrtec™ / Cetirizina (alergias, reacción alérgica) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pepto-Bismol Líquido™ / Bismuto Subsalicilato (náuseas, indigestión, malestar estomacal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pomada antibiótica (cortes, infecciones) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Antiácido Líquido / hidróxido de aluminio / hidróxido de magnesio, Simeticona (malestar estomacal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lágrimas artificiales (gotas para los ojos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pastillas para la garganta / benzocaína / mentol(tos, dolor de garganta) | | | |

¿Ha tenido su hijo(a) en algún momento una o más de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido (acidez estomacal) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Trastorno genético |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD (Trastorno por Déficit de Atención) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Retraso o discapacidad cognitiva/intelectual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Retraso o trastorno del habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cirugía: Se le ha retirado el apéndice |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cirugía: Tubos de ventilación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cirugía: Se le han extirpado las amígdalas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otros (explique): |

¿Tiene su hijo(a) un médico de atención primaria?

Hazel utiliza esta información para coordinar con el médico de su hijo(a) e informarle de cualquier consulta realizada. Al brindarnos un número de fax permitirá a Hazel enviar el resumen de la consulta al médico de su hijo(a).

Sí NO

Médico del estudiante

Teléfono

Fax

Autorización del Centro de Salud Escolar para los Servicios de Hazel Health

Para los fines de este Aviso, cuando nos referimos a "usted" o "su", nos referimos a usted como paciente (lo que significa que cumple con los criterios de mayoría de edad, menor emancipado o menor no acompañado de su estado) o usted, como proveedor de información de un paciente menor de edad (lo que significa que usted es un tutor legal autorizado o representante legal autorizado del niño o la niña).

En el entendimiento de que usted pueda necesitar tratamiento de atención médica, atención de salud conductual o exámenes médicos en la escuela o fuera de la escuela, por la presente autoriza a *Hazel Health Services*, a través del servicio de telesalud de *Hazel Health Services*, a iniciar y administrar dichos primeros auxilios u otros exámenes y tratamientos médicos o de salud conductual que se consideren apropiados según las circunstancias, y usted acepta recibir dicho tratamiento. Usted entiende que tiene derecho a rechazar el tratamiento. *Hazel Health* no proporcionará servicios de emergencia. En caso de emergencia, la Escuela seguirá el protocolo apropiado para que usted sea atendido por un médico debidamente calificado. Usted entiende que *Hazel Health Services* puede no estar siempre a disposición por problemas de capacidad u otros motivos y *Hazel Health Services* puede utilizar tecnología de terceros para documentar y registrar la prestación de servicios clínicos. Usted autoriza a *Hazel Health Services* o sus delegados a contactar y dejar un correo de voz, mensaje de texto y / o correo electrónico, con su información de salud protegida o de identificación personal, como un diagnóstico, y / o información que es relevante para los productos, servicios y asociaciones de Hazel Health, utilizando la información de contacto que usted y / o la Escuela proporcionó. Puede optar por no recibir mensajes de texto de Hazel respondiendo desde su dispositivo móvil donde recibe mensajes de texto con la palabra STOP, o comunicándose con *Hazel Health Services* por teléfono al 1-800-764-2935, por correo electrónico a support@hazel.co, o por escrito a 8300 Esters Blvd., Ste. 900, Irving, TX 75063. También entiende que la transmisión de información personal de salud y/o de identificación personal puede no ser segura y terceros podrían acceder ilegalmente. Cualquier información médica o demográfica proporcionada a la Escuela puede ser compartida con *Hazel Health* y *Hazel Health Services*. Además, se otorga el consentimiento a la Escuela para proporcionar cualquier registro de los estudiantes relacionado con el tratamiento médico y / o diagnóstico a *Hazel Health Services*.

- 1. PROPÓSITO.** El propósito de este formulario es obtener su consentimiento de participación en una consulta de telesalud. Este consentimiento autorizará la información médica relacionada con usted, incluyendo información médica identificable, que será divulgada a su Distrito Escolar, *Health Information Exchanges*, *Hazel Health* y *Hazel Health Services* y sus contratistas y profesionales médicos, personal administrativo, y empleados de *Hazel Health* y *Hazel Health Services* para los propósitos de tratamiento, análisis, investigación o administración general. Asimismo, esta divulgación permitirá el intercambio de información que contenga información médica personal identificable para propósitos informativos con la Escuela, Distrito Escolar y sus empleados. También, usted autoriza a *Hazel Health* o a *Hazel Health Services* a utilizar información de identificación personal para el desarrollo y optimización de software, hardware y herramientas relacionadas diseñadas para mejorar los servicios prestados por profesionales médicos, personal administrativo, contratistas y empleados de *Hazel Health* y *Hazel Health Services*. Este consentimiento también autorizará la divulgación de información, diagnóstico y registros que contengan o estén relacionados con su información de salud protegida con el fin de facturar a los pagadores comerciales y asegurados de atención médica, a los pagadores estatales y/o federales de atención médica, incluidos, entre otros, los planes estatales de Medicaid. El propósito de la divulgación es obtener información y/o la compensación de servicios médicos reembolsables.
 - a. Residentes de Tejas: Al firmar este formulario, usted autoriza expresamente a *Hazel Health*, *Hazel Health Services*, y a cualquiera de sus contratistas, proveedores o afiliados facturar a Medicaid y a cualquier otro pagador por los servicios específicos que se le prestaron como se indica en su plan actual de Admisión, Revisión y Salida/ Programa Educativo Individualizado ("ARD/IEP", por sus siglas en inglés), incluyendo el Plan de Salud Escolar y Servicios Relacionados ("SHARS", por sus siglas en inglés).

El acceso a servicios fuera del entorno escolar no se verá afectado. Puede retirar este consentimiento en cualquier momento enviando un correo electrónico a support@hazel.co. Usted entiende que puede elegir un proveedor y no tiene obligación de seleccionar a *Hazel Health* o a *Hazel Health Services* como su proveedor de atención médica. Entiende que es responsable de cualquier gasto del paciente que no esté cubierto por su pagador de atención médica u otra agencia. Tendrá acceso a toda la información médica de los servicios de telesalud según lo dispuesto por la ley vigente para el acceso de pacientes a registros médicos.

- 2. NATURALEZA DE LA CONSULTA DE TELESALUD.** Durante la consulta de telesalud, es posible que suceda lo siguiente:
 - a. Los detalles de su historial médico y salud conductual, exámenes, radiografías y pruebas pueden ser discutidos con otros profesionales de la salud, en caso de ser necesario por razones médicas.
 - b. El examen físico y la evaluación conductual que se le realicen pueden llevarse a cabo con un médico de forma remota a través de una aplicación móvil, utilizando audio, videos o fotos cuando sea médicamente necesario. No todos los problemas de salud pueden ser tratados mediante una consulta de telesalud.
 - c. El personal no médico, incluyendo el personal escolar, los empleados de *Hazel Health Services* y/o los traductores pueden estar presentes para ayudar en la traducción y la ejecución técnica de la consulta. Usted autoriza al personal de la escuela, incluyendo el personal de enfermería y el personal no médico, la administración de medicamentos, incluyendo los de venta libre.
- 3. PRUEBAS EN EL LUGAR DE ATENCIÓN.** Doy mi consentimiento para realizar pruebas en el lugar de atención de la escuela cuando esté indicado médicamente.
 - a. Las posibles complicaciones de las pruebas en el lugar de atención pueden incluir molestias temporales, irritación leve o traumatismo localizado en el área afectada.
- 4. INFORMACIÓN Y REGISTROS MÉDICOS.** Todas las leyes vigentes con respecto al acceso de la información médica y las copias de expedientes médicos se aplican a esta consulta de telesalud. Además, la difusión, que va más allá de los posibles usos enumerados en este consentimiento, de cualquier imagen o información identificable del paciente en esta interacción de telesalud, no ocurrirá sin su consentimiento explícito, salvo que autorice a *Hazel Health Services* proporcionar su información médica protegida a personas designadas por la escuela, personal de la enfermería escolar, médicos, *Hazel Health* u otros proveedores de atención médica y pagadores para fines de tratamiento, administración y facturación. También autoriza a *Hazel Health* mantener y guardar sus registros médicos de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables. Para obtener una copia de sus registros médicos o acceder a su información médica, envíe una solicitud a support@hazel.co o llame al 1-800-76-HAZEL.
 - a. Residentes de Nevada: De conformidad con N.R.S. 629.051, todos los registros médicos pueden ser destruidos después de un período de cinco años.
- 5. CONFIDENCIALIDAD.** Se han hecho esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telesalud, y se aplican todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal a la información provista durante esta consulta de telesalud.
- 6. DERECHOS.** Usted puede retener o retirar el consentimiento de las consultas de telesalud, la divulgación de la información de identificación personal a cualquier agencia estatal o federal u otro tercero, o de cualquier otro servicio en cualquier momento. Usted reconoce que ha sido informado de su derecho de recibir una copia como firmante de esta autorización.
- 7. RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS.** Usted es consciente de cualquier posible riesgo, consecuencias, limitaciones y beneficios de telesalud. Usted comprende los riesgos inherentes asociados con la informática y las telecomunicaciones y la posibilidad de una falla tecnológica. Usted ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas las preguntas han sido respondidas. Usted entiende la información escrita proporcionada anteriormente. Usted está eligiendo inscribirse en *Hazel Health Services* y no se le está obligando a utilizar este programa.

8 . AVISO AL CLIENTE SOBRE RECLAMACIONES.

a. Residentes de California: La Junta de Ciencias del Comportamiento recibe y responde los reclamos relacionados con los servicios prestados en el ámbito de la práctica de terapeutas matrimoniales y familiares. Puede comunicarse en línea con la junta en www.bbs.ca.gov, o llamando al (916) 574-7830.

b. Residentes de Tejas: Los reclamos relacionados con médicos, así como otros profesionales licenciados y registrados ante la Junta Médica de Tejas, incluyendo asistentes médicos, acupunturistas y asistentes quirúrgicos pueden ser denunciados para su investigación en la siguiente dirección: Texas Medical Board, Attention: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018. La asistencia para presentar un reclamo está disponible llamando al siguiente número de teléfono: 1- 800-201-9353. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.tmb.state.tx.us.

9 . MAYORÍA DE EDAD, MENOR EMANCIPADO O MENOR NO ACOMPAÑADO.

a. Residentes de California: Si usted está firmando este formulario en su propio nombre como menor de edad, está representando y garantizando que es un menor emancipado en California según lo define la Ley de Emancipación de Menores Div 11. Parte 6, Capítulo 1, 7000, un menor no acompañado según la ley de California, o a la mayoría de edad en el estado de California, o tiene otra autoridad legal bajo la ley de California y tiene la facultad de firmar este consentimiento.

b. TODOS LOS DEMÁS ESTADOS: Si usted está firmando este formulario en su nombre como menor de edad, representa y garantiza que es un menor emancipado en el estado donde reside, un menor no acompañado según la ley del estado donde reside, o que tiene la autoridad legal según la ley del estado donde reside y tiene la capacidad de firmar este consentimiento.

Aviso de Prácticas de Privacidad – Entidad Cubierta Afiliada de Hazel Health Services

Para los fines de este Aviso, cuando nos referimos a "usted" o "su", nos referimos a usted como paciente o usted como proveedor de información de un paciente menor de edad.

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso") describe cómo *Telehealth Services USA* o *Telehealth Services South* que opera como *Hazel Health Services* y los miembros de su Entidad Cubierta Afiliada (colectivamente "nosotros" o "nuestro") pueden usar y divulgar su información médica protegida para realizar tratamientos, pagos u operaciones comerciales y para otros fines que estén permitidos o requeridos por la ley. Una empresa amparada y cubierta es un grupo de proveedores de atención médica bajo propiedad o control común que se designa a sí misma como una entidad única para los propósitos del cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA"). Los miembros de la Entidad Cubierta Afiliada de *Hazel Health Services* compartirán información de salud protegida entre sí para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica de la Entidad Cubierta Afiliada de *Hazel Health Services* y según lo permitido por HIPAA y este Aviso de Prácticas de Privacidad. Para obtener una lista completa de los miembros de la Entidad Cubierta Afiliada de *Hazel Health Services*, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Hazel Health.

La "Información de salud protegida" o "PHI, por sus siglas en inglés" es información sobre usted, inclusive información demográfica que puede identificarlo y relacionada con su salud física pasada, presente o futura, tratamiento o pago por servicios de atención médica. Este Aviso también describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por nuestros proveedores de atención médica, personal y otras personas fuera de nuestra oficina que participan en su cuidado y tratamiento con el propósito de brindarle servicios de atención médica para apoyar las operaciones comerciales, obtener el pago por la atención y cualquier otro uso autorizado o requerido por la ley.

TRATAMIENTO:

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información de salud protegida puede proporcionarse a un proveedor de atención médica al que se le ha remitido para asegurarse de que la información necesaria esté accesible para el diagnóstico o tratamiento.

PAGO:

La información de salud protegida puede usarse para facturar u obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede llevar a cabo antes de aprobar o pagar por sus servicios, tales como: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios de seguro y revisar los servicios que se le brindan por razones médicas.

OPERACIONES DE SERVICIOS DE SALUD:

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de esta oficina. Estas actividades incluyen, entre otros, mejorar la calidad de la atención, proporcionar información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, desarrollar o mantener y apoyar sistemas informáticos, servicios legales, y llevar a cabo auditorías y programas de cumplimiento, incluyendo investigaciones de fraude, desperdicio y abuso.

USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas incluyen los siguientes usos y divulgaciones: según lo exija la ley; para propósitos de salud pública; para propósitos de supervisión de la atención médica; para denunciar abuso o negligencia; de conformidad con los requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos; en conexión con procedimientos legales; para propósitos de aplicación de la ley; a médicos forenses, directores de funerarias y organismos de donación de órganos; para ciertos propósitos de investigación; ciertas actividades criminales; ciertas actividades militares y propósitos de seguridad nacional; informes de compensación de trabajadores; en relación con algunos informes de reclusos; y otros usos y divulgaciones requeridos. De conformidad con la ley, debemos divulgar determinados datos cuando lo solicite, y cuando sea requerido por el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Las leyes estatales pueden restringir aún más estas divulgaciones.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Otros usos y divulgaciones permitidos y obligatorios solo se harán con su consentimiento, autorización u opción de rechazar a menos que lo permita o exija la ley. Sin su autorización, tenemos prohibido usar o divulgar su información de salud protegida para fines de marketing. No podemos vender su información de salud protegida sin su autorización. Su información de salud protegida no será utilizada para recaudar fondos. Si recibimos su autorización para ciertos usos y divulgaciones de su información, la puede revocar en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que hayamos tomado una acción en función del uso o divulgación indicados en la autorización.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.

Usted puede solicitar acceso o una enmienda de su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información protegida de salud/personal. Su solicitud debe ser por escrito e indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. No estamos obligados a aceptar la restricción que solicite, excepto si se trata de una divulgación a un plan de salud para un pago u operaciones de atención médica con respecto a un servicio que usted haya pagado en su totalidad.

Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra compañía por medios alternativos o en otro lugar. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables presentadas por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida. Si negamos su solicitud de enmienda, tiene derecho de presentarnos una declaración de desacuerdo. Podemos preparar una reconsideración de nuestra declaración y le proporcionaremos una copia de tal reconsideración.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información médica protegida que hayamos hecho, en papel o de forma electrónica, excepto para ciertas divulgaciones en virtud de una autorización, para propósitos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica (a menos que la información se mantenga en un registro médico electrónico); o para ciertos otros propósitos.

Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso, previa solicitud, incluso si ya solicitó recibir la información por correo electrónico.

Póngase en contacto con privacy@hazel.co para solicitar cualquiera de los puntos mencionados anteriormente.

REVISIONES A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de revisar este Aviso y hacer efectivo el Aviso revisado para la información protegida de salud que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Usted tiene derecho a una copia del Aviso en vigor. Cualquier cambio significativo a este Aviso se publicará en nuestro sitio web.

VIOLACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Le notificaremos si se descubre una violación de su información de salud protegida no segura. La notificación se le hará a usted a más tardar 60 días después de la detección de la violación e incluirá una breve descripción de cómo ocurrió la violación, la información de salud protegida involucrada e información de contacto para que usted pueda hacer preguntas.

RECLAMOS:

Los reclamos sobre este Aviso o la forma en que manejamos su información médica protegida deben dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA a privacy@hazel.co. Si no está satisfecho con el modo en que se maneja un reclamo, puede presentar una queja formal al Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov. No tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo.

Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. Mantendremos la privacidad de su información de salud protegida y notificaremos a las personas afectadas después de una violación de información de salud protegida no segura. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nosotros al (415) 424-4266 y pida hablar con nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA o envíe un correo electrónico a privacy@hazel.co.

Exclusión Voluntaria de Material de Lectura de la Biblioteca 2025/2026

(Todos los grados)

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA
SERVICIOS DE BIBLIOTECA MULTIMEDIA

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DE MATERIAL DE LECTURA DE LA BIBLIOTECA

Como padre, tiene el derecho de optar por que su hijo(a) no saque material de la biblioteca. Por favor, llene el formulario de exclusión.

Después de enviar el formulario:

- La cuenta de biblioteca de su hijo(a) será actualizada en nuestro Sistema de Gestión de Bibliotecas Destiny.
- Creemos que es importante que converse sobre esta decisión con su hijo(a) para que esté bien informado(a) antes de visitar la biblioteca.

Nuestro objetivo es que este proceso sea sencillo y respetuoso de sus preferencias. Si tiene alguna pregunta o necesita más información, contáctese con el director o la directora de su escuela.

_____ **PERMITIRÉ** que mi hijo(a) saque material de la biblioteca.

_____ **NO PERMITIRÉ** que mi hijo(a) saque material de la biblioteca.

Nombre del estudiante (EN IMPRENTA)

Firma del estudiante, Fecha

Nombre del padre / tutor (EN IMPRENTA)

Firma del padre / tutor, Fecha

Cuestionario de Vivienda del Estudiante (SHQ) 2025/2026 (Todos los grados)



Tel #: (754) 321-1566



CUESTIONARIO DE VIVIENDA DEL ESTUDIANTE (SHQ)

ATENCIÓN padres, tutores legales, 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 experimentando la inestabilidad de vivienda y **no tienen un alojamiento nocturno fijo, regular y adecuado**, como lo define 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 este reglamento federal, las Escuelas Públicas del Condado de Broward se responsabilizan de la implementación de las disposiciones de la ley para eliminar las barreras sistémicas de la educación de los estudiantes que están experimentando la falta de vivienda con la ayuda del Equipo de Recursos de Ayuda para la Educación de Estudiantes Sin Hogar (HEART).

INSTRUCCIONES: SOLO COMPLETE ESTE CUESTIONARIO SI NO ES PROPIETARIO O NO ALQUILA UNA VIVIENDA A SU NOMBRE.

Al completar este cuestionario, su(s) hijo(s) en edad escolar (o joven sin hogar no acompañado) puede(n) calificar para servicios y recursos de McKinney-Vento por medio del programa HEART para asegurar su estabilidad educativa.

POR FAVOR, DEVUELVA INMEDIATAMENTE EL FORMULARIO COMPLETO A LA(S) ESCUELA(S) DE SUS HIJOS

1. ¿CON QUIÉN VIVE(N) EL /LOS ESTUDIANTE(S)?

- Padre
- Tutor legal
- Un adulto (+18) que cuida de el/la estudiante porque no puede vivir con un padre o tutor legal actualmente*
- Soy un(a) **joven no acompañado(a)**. Actualmente no vivo con ninguno de mis padres ni con un tutor legal.

***IMPORTANTE: Contáctese con la escuela de el/la estudiante para completar el Formulario de Autorización del Cuidador de HEART requerido.**

2. ACTUALMENTE VIVO CON MI(S) HIJO(S)/ESTUDIANTE(S) EN EDAD ESCOLAR EN UNO DE LOS ALOJAMIENTOS NOCTURNOS DE LA SIGUIENTE LISTA:

- En un alojamiento de emergencia o transitorio, abandonado(a) en un hospital (A)
- En una vivienda con un familiar o amigo (de forma compartida) por pérdida de vivienda, problemas económicos, o razones similares (B)
- En un vehículo, parque, parque temporal de casas móviles o campamento por la falta de alojamientos alternativos adecuados; en espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias; estación de autobús o tren, lugar público o privado que no está diseñado ni se utiliza generalmente como alojamiento donde las personas puedan pasar la noche o entornos similares (D)
- En un hotel o motel debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado por pérdida de vivienda, problemas económicos, o razones similares (E)
 - * Marque uno: hotel o motel que pago por cuenta propia
 - hotel o motel que una agencia u organización de servicios sociales paga

3. ¿QUÉ CAUSÓ QUE USTED Y SU(S) HIJO(S), O EL/LA JOVEN NO ACOMPAÑADO(A) VIVA(N) EN EL ACTUAL ALOJAMIENTO NOCTURNO?

- Desastre provocado por el hombre (D)
- Inundación (F)
- Ejecución hipotecaria (M)
- Tormenta tropical (S)
- Causa desconocida (U)
- Terremoto (E)
- Huracán (H)
- Pandemia (P)
- Tornado (T)
- Incendio forestal (W)
- Otras causas de desamparo: Falta de vivienda asequible, pobreza persistente, desempleo o subempleo, violencia doméstica, desalojo forzoso, etc. (N)

POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA A CONTINUACIÓN DE TODOS LOS NIÑOS INSCRITOS EN EDAD ESCOLAR (PREK-12) O QUE PRONTO SE INSCRIBIRÁN EN UNA ESCUELA PÚBLICA O CHÁRTER DEL CONDADO DE BROWARD, FL. SI SUS HIJOS ESTÁN INSCRITOS EN VARIAS ESCUELAS, ENTREGUE UN CUESTIONARIO COMPLETO A CADA ESCUELA.

Nombre completo de el/la estudiante (Nombre, Inicial del segundo nombre y Apellido)	Nº de ID del estudiante	M/F	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Grado	Escuela en la que actualmente está inscrito(a)

4. EL ESTATUTO DE FLORIDA 837.06 ESTABLECE QUE CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE HACE UNA DECLARACIÓN FALSA POR ESCRITO CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UN FUNCIONARIO PÚBLICO EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES OFICIALES SERÁ CULPABLE DE UN DELITO MENOR DE SEGUNDO GRADO.

Al firmar abajo, doy fe de que la información presentada es exacta y verdadera:

Nombre completo del padre/tutor	Parentesco con el/los estudiante(s)	Firma	Fecha
Dirección actual de el/los estudiante(s) Ciudad, Estado y Código Postal		Dirección anterior de el/los estudiante(s) Ciudad, Estado y Código Postal	
Tiempo que lleva en la dirección actual	Teléfono	Correo electrónico	

He recibido la autorización del padre, tutor, cuidador, o joven sin hogar no acompañado mencionado para completar el formulario SHQ en nombre de el/los estudiante(s) que figura(n) arriba.

Nombre del que completa este formulario	Firma	Cargo/Organización
---	-------	--------------------

+ 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 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Conveniencia de conducir | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Horario | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Actividades antes o después de clases de mi hijo(a) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Velocidad del tráfico en la ruta | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Volumen del tráfico en la ruta | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Adultos para ir a pie o en bicicleta..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Seguridad de cruces y pasos peatonales..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Guardias de tránsito | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Violencia o crimen | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Condición del tiempo o clima | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |

11. ¿Permitiría a su hijo(a) ir o venir de la escuela a pie o en bicicleta? (Elija una opción, marque el casillero con una X)
 Mi hijo(a) ya va y viene de la escuela a pie o en bicicleta Sí No No estoy seguro(a)

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

12. En su opinión, ¿en qué medida la escuela de su hijo(a) aconseja o desaconseja ir a pie o en bicicleta a la escuela?
 Aconseja firmemente Aconseja Ninguno Desaconseja Desaconseja firmemente

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

14. ¿Qué tan saludable es para su hijo(a) ir a pie o en bicicleta a la escuela?
 Muy saludable Saludable Neutral Poco saludable Nada saludable

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

15. ¿Cuál es el grado escolar o nivel educativo más alto que usted ha 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.

Exclusión Voluntaria de Encuesta Estudiantil 2025/2026 (Grados 4-12)

Formulario de Exclusión Voluntaria de la Encuesta Habilidades para la Vida y el Bienestar del Estudiante

La iniciativa Habilidades para la Vida y el Bienestar (LSW, por sus siglas en inglés) fortalece la confianza y apoya la salud mental y emocional permitiendo que los estudiantes superen desafíos y progresen mientras se preparan para el centro laboral del siglo XXI. Como parte del Plan de Mejoramiento Escolar del Distrito (SIP, por sus siglas en inglés), la iniciativa LSW promueve servicios de apoyo que se centran en el niño, ayudando a que los estudiantes logren el éxito académico mientras desarrollan aptitudes para el empleo, además de resiliencia. Para impartir la enseñanza eficaz de la iniciativa LSW, el Distrito administrará una encuesta breve en el otoño y la primavera. Los datos recogidos serán utilizados únicamente por personal autorizado de BCPS para realizar actividades escolares y brindar servicios de LSW personalizados a los estudiantes. En concreto, el tipo de datos formativos recogidos se centrarán en el autoconocimiento, la autogestión, las habilidades para relacionarse, la toma de decisiones y la resiliencia.

Para saber más sobre la Encuesta LSW del Estudiante para los grados 4-12, visite [el sitio web de LSW del Distrito](#) o agende una cita con la persona de enlace de LSW de su escuela. Los recursos y las estrategias adicionales sobre cómo incorporar la iniciativa LSW en el hogar para padres se encuentra en nuestra página [Recursos de LSW para Familias y Estudiantes](#).

PARA LLENAR POR EL PADRE/TUTOR

Su hijo(a) estará registrado(a) automáticamente para tomar las encuestas de otoño y primavera de LSW. **Solo necesita llenar este formulario si desea optar por la exclusión voluntaria de las Encuestas LSW. Para la exclusión voluntaria, marque el casillero, llene la información de abajo, firme el formulario, y devuélvalo a la escuela de su hijo(a) en un plazo de 10 días a partir del primer día de matrícula en la escuela.** Si no devuelve este formulario significa que está permitiendo a su hijo(a) participar en las Encuestas LSW.

NO quiero que mi hijo(a) participe en las encuestas estudiantiles LSW de otoño y primavera.

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar: _____ N° de estudiante: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre del padre/tutor (en imprenta): _____

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

La Norma de la SBBC 5090 del Código de Conducta del Estudiante indica las reglas del Distrito al estudiantado de las Escuelas Públicas del Condado de Broward. Las reglas se aplican en todas las actividades escolares dentro y fuera del plantel educativo, y en cualquier vehículo autorizado para el transporte estudiantil. Su firma al pie de página no indica su acuerdo o desacuerdo, sino **que ha revisado la copia electrónica de estas reglas** (<http://www.browardschools.com/codeofconduct>). Devuelva este formulario a la escuela en un periodo de 3 días a partir del primer día de clases o de la fecha de matrícula. En caso prefiera llenar todos los formularios necesarios de forma electrónica, acceda al *Back to School Toolkit* en el Portal de Padres de Focus.

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 los nombres o los números telefónicos actualizados de los contactos de emergencia anualmente o cuando haya cambios.
- 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 de la SBBC 6305 y 6305.1 o según sus enmiendas, y que las consecuencias por el envío o la venta, o la intención de venta de medicamentos de venta libre, y la posesión y/o el uso de medicamentos no autorizados se encuentran en la Norma de la SBBC 5100. La Norma de la SBBC 6305 describe las reglas sobre los medicamentos con y sin receta, y la Norma de la SBBC 5100 describe las consecuencias por infringir estas reglas. Vea las normas completas de salud, suspensión o expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar en: <https://www.browardschools.com/school-board/school-board-policies>
- 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 XI de esta publicación.
- Saber que ni la Junta Escolar del Condado de Broward ni sus empleados son responsables por los artículos prohibidos perdidos, robados o confiscados, o por aparatos de comunicación inalámbrica u otra tecnología personal perdidos, robados o confiscados.
- Saber que los artículos confiscados que no se reclamen hasta el final del año escolar serán donados a organizaciones benéficas locales.
- Reconocer su responsabilidad por el comportamiento de sus hijos en la ida y vuelta de la escuela, y en el paradero de autobús. Un ambiente de aprendizaje seguro y respetuoso es la clave para el desempeño académico, por lo que las acciones de un estudiante fuera de la escuela que afecten la capacidad de aprendizaje de cualquier estudiante o la habilidad de enseñar de un miembro del personal puede conllevar una medida 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 V), se debe notificar a los funcionarios escolares para iniciar la investigación o brindar la ayuda y la intervención según la dirección escolar/persona designada considere necesario, incluso se puede solicitar la intervención de la Policía Escolar.
- Asegurarse de que sus hijos hagan uso legal, ético y responsable de la tecnología, las redes sociales, las herramientas digitales, el Internet y el software; como se define en la Sección VII de esta publicación.
- Continuar siendo responsables de sus hijos aun cuando cumplan la mayoría de edad (18 años o más), en lo relacionado con la educación y la disciplina, con las excepciones que provee la ley.

Nota: La selección de los padres en los formularios del Código de Conducta del Estudiante será válida hasta la presentación de formularios nuevos.

Nombre del estudiante (En imprenta)

Firma del estudiante

Nombre del padre (En imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha