

Office of the Superintendent

Dr. Howard Hepburn

Superintendent of Schools

600 Southeast Third Avenue

Fort Lauderdale, Florida 33301

phone: 754-321-2600 • fax: 754-321-2701

Superintendent@browardschools.com

www.browardschools.com

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

Lori Alhadeff, Chair
Debra Hixon, Vice Chair

Torey Alston
Brenda Fam, Esq.
Daniel P. Foganholi
Dr. Jeff Holness
Sarah Leonardi
Nora Rupert
Dr. Allen Zeman

Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools

23 de julio de 2024

Estimados padres y estudiantes:

Como su superintendente, estoy comprometido a trabajar con todos los estudiantes, personal, padres y miembros de la comunidad para cubrir las necesidades educativas de todos los estudiantes en un entorno de aprendizaje acogedor, seguro y protegido.

Este año el Código de Conducta del Estudiante, Norma 5090 de la Junta Escolar, proporciona información específica sobre las reglas que todos los estudiantes deben seguir y las consecuencias al infringir estas reglas. El Código también aborda las expectativas en cuanto a la asistencia, el respeto a las personas y la propiedad, la vestimenta apropiada, el uso de la tecnología, las publicaciones estudiantiles, las actividades escolares y los expedientes de todos los estudiantes. Además, esta publicación contiene los procedimientos de queja y el derecho de apelar debido a consecuencias disciplinarias impuestas.

El Código de Conducta del Estudiante está disponible en línea para que todos tengan acceso en browardschools.com/codeofconduct. Si no tienen acceso a un dispositivo con conexión a Internet, visiten las escuelas de sus hijos para examinar este manual. Todas las escuelas revisarán las expectativas, reglas y consecuencias descritas en el Código de Conducta con todos los estudiantes en las primeras dos semanas de clases. Asimismo, los animamos a examinar cuidadosamente toda la información del manual con sus hijos y discutan en conjunto sobre las consecuencias que los estudiantes enfrentarán al infringir las reglas. Ustedes y sus hijos deberán acusar recibo de que han sido informados sobre dónde encontrar el Código de Conducta, y que conocen las expectativas, reglas y consecuencias aquí descritas.

Es importante que revisen anualmente el Código de Conducta del Estudiante con sus hijos porque incluyen cambios importantes de años anteriores. Pueden encontrar la lista de estos cambios importantes en la página ix. Para ver recursos adicionales que se encuentran a su disposición, visiten browardschools.com/codeofconduct.

Es mi deseo que tengan un año escolar pleno, estimulante y seguro mientras nos esforzamos por alcanzar nuestro objetivo de 100 % de desempeño educando a los estudiantes de hoy para el mundo de mañana.

Atentamente,

Dr. Howard Hepburn,
Superintendente escolar
Escuelas Públicas del Condado de Broward



Established 1915

BROWARD
County Public Schools

Código de Conducta del Estudiante

Resumen de los Cambios

Adiciones y revisiones en lo que respecta a:

Adiciones

- Sección II - Derechos de los padres
- Sección III - Ámbito de Autoridad
- Sección VIII - Asignación administrativa a un programa de intervención conductual
- Sección VIII - Contenidos ultrafalsos

Revisiones

Sección V - Respeto a las personas y la propiedad

- Dispositivos electrónicos de comunicación inalámbrica

Sección VII – Norma de Disciplina por Suspensión y/o Expulsión (Norma 5100)

- Definición de defensa personal
- Expulsión obligatoria con continuación de servicios educativos
- Posesión de un arma química/aerosol de gas pimienta con capacidad de contener menos de 2 onzas
- Otras definiciones de esta norma

Sección VIII – Derecho de Apelar

Apéndice – Matrices de Disciplina, Grados k-2; 3-5; 6-8 y 9-12

La Norma SBBC 5090 del Código de Conducta del Estudiante indica las reglas del Distrito a los alumnos 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 anualmente o cuando haya cambios, los nombres o los números telefónicos actualizados de los contactos de emergencia.
- Informar a la escuela sobre cualquier motivo que pueda afectar el aprendizaje, la asistencia regular o la participación en actividades escolares de sus hijos.
- Saber que los medicamentos deben ser administrados de acuerdo con las Normas 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 sin receta, y la posesión y/o el uso de medicamentos no autorizados se encuentran en la Norma SBBC 5100. La Norma SBBC 6305 describe las reglas sobre los medicamentos con y sin receta, y la Norma SBBC 5100 describe las consecuencias por infringir estas reglas. Usted puede ver las normas completas de salud, suspensión o expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar en: <https://www.browardschools.com/Page/37754>
- Saber que tienen derechos relacionados con la privacidad y la confidencialidad de los expedientes estudiantiles archivados en las escuelas, tal y como se define en la Sección VIII de esta publicación.
- Saber que ni la Junta Escolar del Condado de Broward ni sus empleados son responsables por los artículos prohibidos perdidos, robados o confiscados, o por aparatos de comunicación inalámbrica u otra tecnología personal perdidos, robados o confiscados.
- Saber que los artículos confiscados 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 se puede considerar como una infracción disciplinaria. Para los casos graves que ocurran en los paraderos o los que ocurran fuera de las instalaciones de la Junta Escolar, los padres deben comunicarse directamente con los agentes del orden público. Para los casos de acoso escolar (ver la definición en la Sección II), se debe notificar a los funcionarios escolares para iniciar la investigación o brindar la ayuda y la intervención según 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 IV 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 los Medios de Comunicación del Año Escolar 2024/2025 (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

Debe marcar una opción en la Sección A y una opción en la Sección B
(Si no marca una opción en ambas secciones, la opción 1 será automática)

Sección A – Medios de Comunicación Externa

Por favor, marque opción 1 u opción 2

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

Sección B – Escuelas Públicas del Condado de Broward

Por favor, marque opción 1 u opción 2

1. ____ **YO PERMITIRÉ** que mi hijo(a) sea fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) para publicaciones escolares (p.ej., anuarios y periódicos escolares), instrumentos de comunicación de la escuela y el Distrito (p.ej., sitios web y redes sociales), BECON-TV, y actividades y eventos escolares. ***Nota: Para facilitar las publicaciones escolares, el Distrito puede divulgar información a proveedores autorizados, como el nombre del estudiante, la dirección del estudiante, el número de teléfono del estudiante/ padre, el grado escolar, los nombres de los maestros y los números de los salones de clase. Para los eventos deportivos, se puede divulgar las posiciones de los miembros del equipo deportivo y los números de camiseta.***
2. ____ **YO NO PERMITIRÉ** que mi hijo(a) sea fotografiado(a), filmado(a) o entrevistado(a) para publicaciones escolares (p.ej., anuarios y periódicos escolares), instrumentos de comunicación de la escuela y el Distrito (p.ej., sitios web y redes sociales), BECON-TV, y actividades y eventos escolares.

Nombre del estudiante (EN 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 del Año Escolar 2024/2025

(Todos los grados)

¡ADVERTENCIA! Las opciones que seleccione abajo no aparecerán en las publicaciones escolares, como el anuario (*yearbook*), entre otros, aunque haya dado su autorización en la Sección B del Formulario de Autorización 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 FERPA, la Junta Escolar del Condado de Broward (SBBC) puede divulgar, a su discreción, la información de directorio de un estudiante de cualquier grado, si el padre o estudiante de 18 años o más no notificó la exclusión voluntaria de la divulgación. SBBC se reserva el derecho de divulgar la información de directorio exclusivamente:

- (a) a los colleges, las universidades, u otras instituciones educativas en las cuales el estudiante ya está matriculado, intenta matricularse o puede ser reclutado;
- (b) para la realización de actividades deportivas, publicaciones escolares, material didáctico y otros instrumentos de comunicación escolar (entre las 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 exhibiciones para ser expuestas 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 indicando 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	___ 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 a la fecha de matrícula que se realice después del inicio del año escolar.

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

Nombre del padre/ tutor legal/estudiante elegible (En 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) Año Escolar 2024 - 2025

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 provisto en el Código de Conducta del Estudiante.

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

Lori Alhadeff, Chair
Debra Hixon, Vice Chair

Torey Alston
Brenda Fam, Esq.
Daniel P. Foganholi
Dr. Jeff Holness
Sarah Leonardi
Nora Rupert
Dr. Allen Zeman

Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools

Estimados padres/tutores:

Esta carta está diseñada para informarle sobre los servicios de salud que ofrecen las Escuelas Públicas del Condado de Broward.

Servicios de Salud Escolar

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward (BCPS) colaboran con el Departamento de Salud de Florida (FDOH) en nuestro condado para asegurar la salud y seguridad de sus hijos. Actualmente los Servicios Coordinados de Salud Estudiantil dispone de enfermeras tituladas a nivel distrital para asistir en la coordinación de los servicios de salud escolar y están para ayudarlos tanto a ustedes como a sus hijos con cualquier problema de salud que puedan tener. Pueden contactar al 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, contáctense con los Servicios Coordinados de Salud Estudiantil (CSHS, por sus siglas en inglés) 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 garantizar que los estudiantes reciban la atención por enfermedad/lesión en la clínica escolar durante el día lectivo o las actividades patrocinadas por la escuela.

Cuando sus hijos se enferman

Mantener 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 están mostrando 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 no deben tener vómito, diarrea, y fiebre sin medicamentos antifebriles por lo menos por 24 horas. Para regresar a la escuela después de la aparición de un sarpullido, se necesita la notificación de un médico que declare que no es contagioso.

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, 1er, 3er y 6º grados. Los exámenes de salud incluyen vista, audición, detección de escoliosis y crecimiento y desarrollo (BMI, en inglés). 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 en el dorso de la Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante. La información de estos exámenes es confidencial, y los resultados serán archivados en el expediente acumulativo de los estudiantes. A continuación están los exámenes por grado escolar:

Vista: Estudiantes de kindergarten, primer, tercer y sexto grado.

Audición: Estudiantes de kindergarten, primer y sexto grado.

Índice de Masa Muscular (BMI, por sus siglas en inglés): Estudiantes de primer, tercer y sexto grado.

Escoliosis: Estudiantes de sexto grado.

Estado de Salud

Si sus hijos tienen alguno de los siguientes problemas de salud, incluyendo entre otros, asma, diabetes, fibrosis quística, convulsiones, y reacción alérgica alimentaria, informen a la escuela, documenten el problema de salud en el dorso de la hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante y completen el formulario de Revisión del Estado de Salud. Se les puede solicitar la documentación de un proveedor de salud, dependiendo del problema de salud reportado. Visiten [Coordinated Student Health Services/chronic Health Conditions \(browardschools.com\)](https://www.browardschools.com/healthforms/chronic-health-conditions) para más información.

Administración de Medicamentos en la Escuela (Con o sin receta)

Cuando sea posible administren los medicamentos en casa. Si la medicación/tratamiento es medicamento 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 o hagan clic en el siguiente enlace: [Medication/Treatment Authorization](#)

Para estudiantes con diabetes, un proveedor de salud y el padre o tutor deben completar y firmar el formulario de Autorización de Medicamentos/Tratamiento para Diabetes. Para obtener el formulario, visiten www.browardschools.com/healthforms o hagan clic en el siguiente enlace: [Diabetes Medication/Treatment Authorization](#)

Autorización de los padres para Medicamentos/Productos Sin Receta (OTC, por sus siglas en inglés) Seleccionados

El padre o tutor puede completar y firmar la autorización para medicamentos/ productos sin receta seleccionados para estudiantes de los grados 9-12. Para más información, visiten www.browardschools.com/healthforms

Inmunizaciones

Según los Estatutos de Florida 1003.22, antes del ingreso o la asistencia a una escuela pública o privada, desde el kindergarten hasta el 12º grado, o alguna otra admisión inicial a una escuela pública o privada, se requiere que cada estudiante tenga en expediente la comprobación del estado de vacunación documentado en un FDOH DH 680/681. Es importante asegurar que las vacunas de sus hijos están al día. Visiten al proveedor de salud de sus hijos o contáctense con el Departamento de Salud de Florida en Broward al (954) 467-4700. Solo se puede obtener la Exención por Motivos Religiosos en el Departamento de Salud de Florida en Broward. Visiten www.browardschools.com/vaccinations

Recursos comunitarios

Si no tienen seguro, pueden obtener el formulario de solicitud del seguro Florida Kidcare en la escuela de sus hijos o visitar [KidCare Outreach | Florida Department of Health in Broward \(floridahealth.gov\)](https://www.floridahealth.gov/kidcare)

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 visión sin costo. Accedan al [Volante de Florida Heiken \(browardschools.com\)](https://www.browardschools.com/volante-de-florida-heiken)

Si tienen preguntas, contáctense con la escuela de sus hijos, o visiten www.browardschools.com/cshs

Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante 2024/2025 (Todos los grados)

2024-25 Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward

Este formulario debe actualizarse cada año

Office Use Only	Student #		Grado escolar:		☐ Court Order	☐ Medical
	Date Enrolled:				☐ Special Needs	☐ Other
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 atención 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 en la Hoja de Contactos de Emergencia las personas autorizadas para recoger a su niño o niña de la escuela. Ningún padre debe borrar o alterar de ninguna manera los nombres provistos por el otro padre en la Hoja de Contactos de Emergencia.						
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: ☐ Orden médica ☐ Orden judicial ☐ Necesidades especiales ☐ Otro					
	¿Ha cambiado el o la estudiante de dirección desde la última inscripción?					
	¿Hay una orden judicial en el expediente que impida a uno de los padres tener contacto con el o la estudiante?					
	Nombre(s) preferido(s)/Apodo(s):					
Todo el personal puede llamar a mi hijo(a) por su 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 deben designar a las personas autorizadas para recoger a su niño o niña de la escuela en la Hoja de Contactos de Emergencia. Cuando seleccionen a una persona para recoger a sus hijos, asegúrense de que la persona está preparada para manejar cualquier necesidad médica que sus hijos puedan necesitar. Por la presente, yo autorizo/nosotros autorizamos contactar, divulgar información relacionada con la emergencia, o entregar a nuestros hijos a las siguientes personas en caso de enfermedad, evacuación u otra emergencia que puedan ocurrir mientras están en la escuela.					
	Nombre:		Parentesco:		Teléfono:	
Declaro que la información en esta hoja es correcta y verdadera. Notificaré inmediatamente cualquier cambio a la oficina escolar.						
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

Apellido del estudiante:

Nombre:

Segundo nombre:

Consentimiento para Servicios de Salud	Indique los servicios que usted autoriza y desea que su hijo(a) reciba en la escuela con una "x" en el casillero correspondiente.		
	Cuidados y tratamiento de enfermedades y lesiones ☐ Sí ☐ No		Detección de escoliosis ☐ Sí ☐ No
	Examen de vista ☐ Sí ☐ No		Examen de audición ☐ Sí ☐ No
	Examen de crecimiento y desarrollo (índice de masa corporal) ☐ Sí ☐ No		
Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba todos los servicios de salud indicados arriba. Estoy consciente de que, si otorgo mi consentimiento, SBBC divulgará el expediente escolar de mi hijo(a) (que incluye la información médica) a proveedores de servicios de cuidados que proporcionan tratamiento a mi hijo(a).			
Firma:		Fecha:	Parentesco:
Seguro Médico y Proveedores	Marque todos los casilleros apropiados: ☐ Seguro Médico Familiar ☐ Florida Kid Care ☐ Florida Healthy Kids ☐ Ninguno		
	Si marcó NINGUNO, ¿nos da su autorización para enviar su nombre y teléfono a Florida Kid Care Insurance con el fin de hacer una evaluación para saber si es elegible para la cobertura de seguro médico? ☐ Si nos da su autorización, firme aquí: _____ ☐ No		
	Proveedor de Atención Médica:		Teléfono:
Información Médica	¿Está su hijo(a) actualmente diagnosticado(a) y recibiendo seguimiento por un proveedor de cuidados de salud por alguna de las siguientes enfermedades?		
	☐ Asma (actualmente toma medicamento diario o de emergencia)		
	☐ Convulsiones/Epilepsia (no incluyen convulsiones por fiebre)		
	☐ Diabetes		
	☐ Anafilaxia (reacción alérgica potencialmente mortal que requiere medicamento de emergencia)		
	☐ Enfermedad/hospitalización/cirugía recientes (describir)		
	☐ Otro, especifique:		
	¿Necesita su hijo(a) tomar medicamentos mientras está en la escuela? ☐ Sí ☐ No		
¿Usa su hijo(a) anteojos o lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No			
¿Usa su hijo(a) audífonos? ☐ Sí ☐ No			
Divulgación de Información Médica y Tratamiento de	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 el personal de emergencia y los funcionarios del departamento de salud para abordar situaciones de salud pública de importancia o problemas de salud 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.		
	Firma:		Fecha:
	La información médica o de otro tipo se divulgará sin el formulario de 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 al centro de salud, según lo determinen los paramédicos.		
Información de salida de la escuela	Procedimientos de salida habitual: En un día normal, ¿cómo su hijo(a) se irá de la escuela? ☐ En carro ☐ En el autobús escolar ☐ En transporte público ☐ Asistirá al programa de cuidado después de clase ☐ Asistirá al programa de cuidado después de clase ☐ A pie o en bicicleta a su casa		
	Procedimientos de salida de emergencia: En caso de una tormenta severa u otra emergencia no programada le ha indicado a su hijo(a) a: ☐ Ir a la casa a pie ☐ Subir al autobús escolar como siempre ☐ Tomar el transporte público ☐ Ir en carro a la casa solo con sus padres ☐ Ir en carro a la casa con la persona indicada o autorizada de la lista de contactos		
Hermanos(as) y Lengua Materna	Apellido	Nombre:	Grado escolar:
Por favor, haga una lista de otros idiomas que se hablan en el hogar:			
Encuesta	Ayúdenos a entender las necesidades de nuestra comunidad escolar respondiendo las siguientes preguntas. Marque todas las que correspondan.		
	¿Tiene su hijo(a) acceso a una computadora en la casa?		☐ Sí ☐ No
	¿Tiene acceso a la internet en la casa?		☐ Sí ☐ No
	¿Tiene su hijo(a) acceso a la internet desde la computadora de casa?		☐ Sí ☐ No
	¿Tiene acceso a la internet fuera de la casa?		☐ Sí ☐ No
Por favor, indique su método de contacto preferido: ☐ Llamada telefónica ☐ Texto ☐ Correo electrónico			

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 (IHP) 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 IHP puede ser elaborado para estudiantes con un *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/DAH (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/DAH (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 _____ |
|--|---|

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*):

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 ocurran 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.

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

(Todos los grados)

La escuela de su hijo(a) desea saber lo que piensa sobre los niños que van a pie o en bicicleta a la escuela. Esta encuesta le tomará entre 5 y 10 minutos. Le pedimos llenar solo una por cada escuela de asistencia de sus hijos. Si tiene más de un hijo en la misma escuela, llene la del niño o la niña que cumplirá años próximamente.

+	SOLO EN LETRAS MAYÚSCULAS Y EN TINTA AZUL O NEGRA	+
---	---	---

[illegible]

- [illegible]

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

- ☐ Menos de 1/4 de milla ☐ De 1/2 a 1 milla ☐ Más de 2 de millas
- ☐ De 1/4 a 1/2 milla ☐ De 1 a 2 millas ☐ No sé

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

- ☐ A pie
- ☐ En bicicleta
- ☐ En el autobús escolar
- ☐ En el carro de la familia (solo con niños de su familia)
- ☐ En viaje compartido (con niños de otras familias)
- ☐ En transporte público (autobús de la ciudad, metro, etc.)
- ☐ Otro (patineta, patinete, patines en línea, etc.)

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

- ☐ Menos de 5 minutos
- ☐ 5 – 10 minutos
- ☐ 11 – 20 minutos
- ☐ Más de 20 minutos
- ☐ No sé/ No estoy seguro(a)

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

8. ¿Le pidió su hijo(a) permiso para ir o venir de la escuela a pie o en bicicleta el año pasado? ☐ Sí ☐ No

9. ¿A partir de qué grado permitiría a su hijo(a) ir o venir de la escuela a pie o en bicicleta sin un adulto?
(Seleccione un grado entre PK, K, 1, 2, 3 ...) grado (o) ☐ No me sentiría tranquilo(a) en ningún grado

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

10. ¿Cuál de los siguientes factores influyeron en su decisión de permitir o no permitir a su hijo(a) ir o venir de la escuela a pie o en bicicleta? (Escoja una respuesta por línea, marque el casillero con una X)

Distancia	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Conveniencia de conducir	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Horario	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Actividades antes o después de clases de mi hijo(a)	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Velocidad del tráfico en la ruta	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Volumen del tráfico en la ruta	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Adultos para ir a pie o en bicicleta	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Seguridad de cruces y pasos peatonales	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Guardias de tránsito	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Violencia o crimen	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)
Condición del tiempo o clima	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro(a)

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

☐ Grados 1 – 8 (Educación primaria)	☐ 1 a 3 años universitarios (universidad/instituto técnico)
☐ Grados 9 –11 (Educación secundaria incompleta)	☐ 4 o más años universitarios (graduado de la universidad)
☐ Grado 12 o GED (Graduado de secundaria)	☐ Prefiero no responder

16. Por favor, proporcione cualquier comentario adicional.

Cuestionario de Vivienda del Estudiante (SHQ) 2024/2025 (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 por medio del Equipo de Recursos de Ayuda para la Educación de Estudiantes Sin Hogar (HEART).

INSTRUCCIONES: SOLO COMPLETE ESTE CUESTIONARIO SI NO ES DUEÑO DE UNA VIVIENDA 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) ☐ Causa desconocida (U) ☐ Pandemia (P)
- ☐ Inundación (F) ☐ Terremoto (E) ☐ Tornado (T)
- ☐ Ejecución hipotecaria (M) ☐ Huracán (H) ☐ Incendio forestal (W)
- ☐ Tormenta tropical (S)
- ☐ Otras causas: 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. NOTA: Si su(s) hijo(s) califica(n) para McKinney-Vento, recibirá una Carta de Aceptación por cada estudiante.

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/aaaa)	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 veraz:

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 antes 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

Exclusión Voluntaria de Encuesta Estudiantil 2024/2025 (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 a la vez que se preparan para el centro de trabajo 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 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 dirigir actividades escolares y proporcionar servicios LSW personalizados a los estudiantes. En específico, 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 de los grados 4-12, visite [el sitio web del Distrito LSW](#) o agende una cita con la persona de enlace LSW de su escuela. Los recursos y las estrategias adicionales sobre cómo incorporar LSW en el hogar para padres se encuentra en nuestra página [Recursos 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 dando permiso a su hijo(a) 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: _____

Exclusión Voluntaria de Materiales de Lectura de la Biblioteca 2024/2025

(Todos los grados)

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA,
SERVICIOS DE BIBLIOTECA MULTIMEDIA
**FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DE MATERIALES DE LECTURA
DE LA BIBLIOTECA**

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

Cuando presente el formulario de exclusión, hable con su hijo(a) sobre esta decisión para asegurarse de que está informado(a) antes de visitar la biblioteca. Una vez que presente el formulario de exclusión voluntaria, se actualizará la cuenta de su hijo(a) en el sistema de préstamos de la biblioteca. Nuestro objetivo es hacer que este proceso sea fácil para los padres.

Contáctese con el director de su escuela si tiene preguntas o necesita más información.

_____ NO autorizo a mi hijo(a) a tomar en préstamo materiales de la biblioteca.

Nombre del estudiante (en imprenta)

Firma del Estudiante

Fecha

Nombre del padre/tutor (en imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha

¡A RECARGAR ENERGÍA!

Broward County Public Schools
Food and Nutrition Services



Todos los estudiantes reciben desayuno y almuerzo gratis

Disposiciones de Elegibilidad Comunitaria

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward se complacen en anunciar la continuación de la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP, en inglés). La CEP ofrece desayuno y almuerzo gratis para todos los estudiantes en 180 escuelas públicas del condado de Broward.

Se anima a las familias llenar el formulario de Encuesta de Ingresos en www.myschoolapps.com. La aprobación de esta encuesta hace posible que un/a estudiante califique para Beneficios Adicionales del Distrito. Si necesitan ayuda para llenar este formulario, contáctense con el Departamento de Servicios de Alimentos y Nutrición al 754-321-0250.

Desayuno Universal y Gratuito

El desayuno universal y gratuito está disponible en las 47 escuelas del Programa Universal de Desayuno Gratuito.

2o Año del Programa Piloto de Almuerzo Universal y Gratuito

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward (BCPS, en inglés) continuarán ofreciendo el Programa Piloto de Almuerzo Universal y Gratuito en su 2o Año en 47 escuelas elegibles de BCPS.

Este programa proporcionará almuerzos reembolsables a todos los estudiantes en 47 escuelas elegibles totalmente gratis e independientemente de la elegibilidad del estudiante. Para mantener el 2o Año del Programa Piloto de Almuerzo Universal y Gratuito, es sumamente importante que las familias completen en línea la solicitud de Beneficios de Alimentos para que el Distrito reciba el reembolso por las comidas.

Las familias pueden completar la solicitud en www.myschoolapps.com. La aprobación de esta solicitud hace posible que un/a estudiante califique para Beneficios Adicionales del Distrito. Si necesitan ayuda para llenar esta solicitud, contáctense con el Departamento de Servicios de Alimentos y Nutrición al 754-321-0250.

Identificación del Estudiante

Se requieren las tarjetas de identificación de los estudiantes en la caja registradora para asegurar el registro de las comidas estudiantiles. Estas tarjetas de identificación también proporcionan información médica o alergias indicada en el formulario "Certificado Médico para Solicitar Comidas Especiales y/o Adaptaciones." Este formulario se puede encontrar en el sitio web de los Servicios de Alimentos y Nutrición bajo Special Diets and Allergies.

<https://www.browardschools.com/Page/78830>.



THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

7720 W. Oakland Park Blvd. • Sunrise, Florida 33351 • Office: 754-321-0215 • Fax: 754-321-0235

Food and Nutrition Services Department
Mary Mulder, Executive Director
754-321-0215
Mary.mulder@browardschools.com
www.browardschools.com

The School Board of
Broward County, Florida

Lori Alhadeff, Chair
Debra Hixon, Vice Chair

Torey Alston
Brenda Fam, Esq
Daniel Foganholi
Dr. Jeff Holness
Sarah Leonardi
Nora Rupert
Dr. Allen Zeman

Dr. Howard Hepburn
Superintendent of Schools



www.myschoolapps.com

Estimado Padre / Tutor Legal:

1 de julio de 2024

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward ofrecen comidas saludables y nutritivas todos los días de clase. El desayuno continuará siendo gratis para todos los estudiantes de acuerdo con el Programa de Desayuno Universal y Gratuito en 47 escuelas de Determinación de Elegibilidad No Comunitaria (Non-CEP). Para el año lectivo 2024/2025, el Departamento de Servicios de Alimentos y Nutrición continuará el segundo año del Programa Piloto de Almuerzo Universal y Gratuito. Este programa proporciona almuerzos sin costo a todos los estudiantes en Escuelas de Elegibilidad No Comunitaria.

El 2o año del Programa Piloto de Almuerzo Universal y Gratuito comenzará el 12 de agosto de 2024, y terminará el 3 de junio de 2025. Para mantener el segundo año de este programa, los padres deben completar una solicitud en línea para el Reembolso de Comidas y así, el Distrito pueda proporcionar oportunidades de Beneficios adicionales.

Para solicitar las comidas gratis o a un precio reducido llene la solicitud por internet en www.myschoolapps.com. Si usted no puede llenar la solicitud por Internet comuníquese con Food and Nutrition Services al 754-321-0250 para recibir una copia de la Solicitud de Beneficios de Comidas para Múltiples Niños. Si llena una solicitud en papel, por favor envíela a: Food and Nutrition Services, 7720 W. Oakland Park Boulevard, Suite #304, Sunrise, Florida, 33351. Después que su solicitud sea procesada, la notificación de elegibilidad para comidas se le enviará por correo electrónico o a través del servicio postal a la dirección que usted proveyó.

El tamaño y el ingreso de la familia se usarán para determinar la elegibilidad. Una solicitud no puede ser aprobada a menos que tenga la información de elegibilidad completa. Una vez aprobada, los beneficios de comidas se ofrecerán por el año escolar completo; no es necesario informarle a Food and Nutrition Services de cambios en el ingreso y el tamaño de la familia. Usted puede solicitar los beneficios para comidas en cualquier momento durante el año escolar. Si un miembro de la familia de queda sin empleo o si sus circunstancias cambian, su hijo puede ser elegible para beneficios de comidas gratis o a precio reducido. La información provista en la solicitud será utilizada para determinar elegibilidad y podrá ser verificada en cualquier momento durante el año escolar.

A las familias que reciben Florida SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), Florida TANF (Temporary Assistance for Needy Families) o FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) se les requiere que escriban en la solicitud sólo el nombre del niño, el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios de Florida SNAP, Florida TANF o FDPIR y la firma del miembro adulto en la familia. Cuando un número de caso de alguno de los tres programas de asistencia para cualquier miembro de la familia está escrito en la solicitud, todos los niños en la familia son elegibles para recibir las comidas gratis. Los niños de familias que están participando en WIC (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children) **pueden** ser elegibles para las comidas gratis o a un precio reducido.

En caso de tener niños que viven con usted en la condición de migrantes, desamparados, que han huido de sus casas o que están en cuidado transitorio, y de no haber recibido la información sobre las comidas gratuitas que estos niños pueden recibir, sírvase contactar al Coordinador de Migración del Distrito al 754-321-1400, o al Funcionario de enlace para casos de Desamparo/Fuga al 754-321-1566, o al Funcionario de enlace para casos de Cuidado Transitorio al 754-321-1565 para ver si califican.

Todas las demás familias deben proveer la siguiente información en la solicitud: nombre de todos los niños y adultos que están viviendo en esa casa y el nombre de la escuela de cada niño; total del ingreso bruto de la familia, con qué frecuencia cada miembro de la familia recibe ese ingreso y el tipo de ingreso (p. ej., sueldo, pensión alimentaria, etc.); marque el encasillado de "no ingreso" si es aplicable; los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que está firmando la solicitud o marque el encasillado si este miembro de la familia no tiene un número de Seguro Social; y la firma del miembro adulto de la familia que está certificando que la información dada es correcta. Si usted normalmente recibe compensación por tiempo extra, inclúyala; pero no la incluya si a usted le pagan horas extra solo en algunas ocasiones. Usted o su hijo no necesitan ser ciudadanos de los EE. UU. para cualificar para recibir comidas gratis o a precio reducido. Usted puede incluir al niño en crianza temporal y a todos los otros miembros de la familia en una solicitud. Aunque la familia de crianza temporal no sea elegible para los beneficios de comidas gratis o a un precio reducido, el niño en crianza temporal todavía podrá recibir los beneficios de comidas gratis.

Con el propósito de determinar el tamaño de la familia, los miembros desplegados en servicio militar se consideran parte de la familia. Las familias deben incluir en su solicitud los nombres de los miembros del servicio militar que están desplegados. Informe sólo la porción del ingreso de este miembro desplegado en servicio militar que está disponible para sí o en su nombre para la familia. Además, la exención de vivienda que es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar no debe incluirse en el ingreso. No incluya como ingreso los subsidios que usted recibe si es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, o si recibe paga por combate. Los subsidios por estar en una vivienda fuera de la base, no obstante, sí deben de incluirse como ingreso.

De acuerdo con las Normas para Comidas Gratis y a Precio Reducido, será el Coordinador de Beneficios de Comidas quien revise las solicitudes y determine la elegibilidad. Si usted no está satisfecho con la decisión del oficial, puede llamar a *Food and Nutrition Services* al 754-321-0250 y dialogar informalmente con el oficial de elegibilidad. Si usted desea hacer una apelación formal de la decisión, escriba a: Mary Mulder, Executive Director of Food and Nutrition Services, 7720 W. Oakland Park Boulevard, Suite #204, Sunrise, Florida, 33351 o llame al 754-321-0215.

Tabla de Elegibilidad de Ingreso Federal					
Su hijo puede ser elegible para recibir las comidas gratis o a un precio reducido si su ingreso se encuentra en o por debajo de los límites en esta tabla.					
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Quincenal	Cada dos semanas	Semanal
1	27,861	2,322	1,161	1,072	536
2	37,814	3,152	1,576	1,455	728
3	47,767	3,981	1,991	1,838	919
4	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
5	67,673	5,640	2,820	2,603	1,302
6	77,626	6,469	3,235	2,986	1,493
7	87,579	7,299	3,650	3,369	1,685
8	97,532	8,128	4,064	3,752	1,876
Por cada miembro de la Familia adicional, ñada:	9.953	830	415	383	192

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda puede comunicarse con *Food and Nutrition Services* al **754-321-0250** o por correo electrónico en freereducedmeals@browardschools.com.

Atentamente,

Mary Mulder
Directora ejecutiva, Food and Nutrition Services

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas). La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de: correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o´ fax: (833) 256-1665 o´ (202) 690-7442; correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

**CERTIFICADO MÉDICO PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y/O ADAPTACIONES**

☐ **Nueva** solicitud ☐ **Cambiar/** Modificar solicitud existente ☐ **Discontinuar** solicitud

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL - EL PADRE/TUTOR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Entiendo como padre, que es mi deber actualizar este formulario **cada vez que haya un cambio o interrupción de las necesidades dietéticas** y entregarlo a la enfermera de la escuela. Doy permiso a la FNS de las Escuelas Públicas del Condado de Broward para hablar con el profesional de la salud con licencia estatal para discutir las necesidades dietéticas según lo indicado.

X _____		FECHA _____	NÚMERO DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR			
Nombre y apellido del estudiante	Un profesional de salud con licencia estatal puede ayudar a los padres/tutores a completar esta sección.		
Fecha de nacimiento del estudiante	Intolerancia a la lactosa ☐ No yogur debido a la intolerancia a la lactosa ☐ No queso debido a la intolerancia a la lactosa ☐ No producto lácteo líquido debido a la intolerancia a la lactosa Ofrecer en su lugar: ☐ Leche de vaca sin lactosa ☐ Agua ☐ Leche de soya		
Nombre de la escuela/centro			
Nombre del padre/tutor	Restricciones alimentarias por creencias religiosas/culturales ☐ No carne de cerdo ☐ Otro: (En imprenta) _____		

PART 2: ALLERGIES - COMPLETED BY STATE LICENSED HEALTHCARE PROFESSIONAL (PARA PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL)**Section A: Student with Medical Disability/Life-Threatening**

Does the student have a disability which restricts the student's diet? ☐ Yes* ☐ No

***If Yes**, describe or state the student's **disability** or **diagnosis**. Explain why it restricts the student's diet and list major life activities affected by the disability: _____

Food Allergy: Student has food allergies that **ARE** life threatening/anaphylactic: ☐ Yes, continue with this section.
☐ No, refer to section B.

Milk/Dairy Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk
☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water

Egg Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient

☐ **Soy Allergy** (soy oil is allowed)

Additional **Food** Allergies: (Please print) _____

Section A: Student with NO Medical Disability/Non-Life-Threatening

Student has allergies/intolerances that are NOT life-threatening/anaphylactic:

Milk/Dairy Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk
☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water

Egg Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient

☐ **Soy Allergy** (soy oil is allowed)

Additional Food Allergies: (Please print) _____

Indicate Food Texture for Above Student: ☐ Regular ☐ Pureed

PART 3: ALLERGIES - COMPLETED BY STATE LICENSED HEALTHCARE PROFESSIONAL (PARA PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL)

Printed Name of State Licensed Medical Professional	Title: ☐ Physician	☐ Physician Assistant	☐ Nurse Practitioner (ARNP)
Signature of State Licensed Medical Professional	Date Signed _____		
Medical Office Address	Medical Office Phone Number _____		

VALID FOR ONE YEAR FROM THIS DATE



CERTIFICADO MÉDICO PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y / O ADAPTACIONES

INSTRUCCIONES

El padre o tutor debe completar la Parte 1. **Un profesional de la salud con licencia estatal** autorizado a prescribir recetas según la ley del estado debe completar **las Partes 2 y 3**. En Florida, esto incluye un(a) médico(a), asistente médico o enfermero(a) especializado(a) (ARNP).

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL - EL PADRE / TUTOR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

1. **Firma del padre/tutor:** Leer la declaración de responsabilidad. Luego, firmar, fechar y escribir el número de teléfono del padre/tutor que solicita la comida especial y/o adaptaciones del estudiante/participante.
2. **Nombre y apellido del estudiante:** Escribir el nombre del estudiante que está solicitando una comida especial y / o adaptaciones.
3. **Fecha de nacimiento:** Escribir la fecha en que el/la estudiante nació.
4. **Nombre de la escuela/centro:** Escribir el nombre del lugar donde el/la estudiante va a comer.
5. **Nombre del padre o tutor:** Escribir el nombre de la persona que firmó la declaración de responsabilidad.
6. **Intolerancia a la lactosa:** Revisar todos los alimentos que contengan lactosa que el estudiante no debe comer. También, asegurarse de las bebidas que el/la estudiante *puede* tomar.
7. **Restricciones alimentarias por creencias religiosas/culturales:** Marcar todo lo que corresponda. Incluir cualquier alimento adicional que el/la estudiante no puede consumir debido a creencias religiosas o culturales.

PARTE 2: ALERGIAS - UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA ESTATAL DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Sección A: Completar esta sección si el/la estudiante tiene una discapacidad física que PONE en peligro su vida

8. **¿Tiene el/la estudiante una discapacidad?:** Marcar Sí o No
 - a. *"Estudiante con una discapacidad"* se define como todo estudiante que tiene un **impedimento físico o mental** que limita sustancialmente una o más **actividades importantes de la vida**, tiene constancia de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento.
 - b. *"Un impedimento físico o mental"* significa (a) cualquier trastorno o padecimiento fisiológico, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: Neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio, incluidos los órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; hematopoyético y linfático; dermatológico; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome orgánico cerebral, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.
 - c. Las *"actividades principales de la vida"* incluyen, entre otras, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar peso, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.
 - d. *"Tiene constancia de tal impedimento"* se define como tener un historial o haber sido clasificado (o clasificado erróneamente) por tener un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades principales de la vida.
9. **Discapacidad/Diagnóstico:** Describir o indicar la discapacidad o el diagnóstico de el/la estudiante y explicar por qué su dieta es limitada y enumerar las principales actividades de la vida afectadas por la discapacidad.
10. **Alergia alimentaria:** Marcar Sí o No para indicar si el/la estudiante padece una alergia alimentaria que pone en peligro su vida. Si es así, continuar en la Sección A. Si no, dirigirse a la Sección B.
11. **Alergia a la leche/productos lácteos:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer. Revisar las bebidas que el/la estudiante puede tomar.
12. **Alergia al huevo:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer.
13. **Alergia a la soya:** Marcar si corresponde.
14. **Otras alergias alimentarias:** Escribir otros alérgenos **alimentarios que ponen en peligro la vida** de el/la estudiante por causarle alergia (como, el maní, la nuez de árbol, el trigo, el pescado, los mariscos, la semilla de sésamo, etc.).
15. **Indique la textura:** Si el/la estudiante o participante no necesita ninguna adaptación, marcar "Regular"

Sección B: Completar esta sección si el estudiante NO tiene una discapacidad médica/alergia/ o intolerancia alimentaria que ponga su vida en peligro.

16. **Alergia a la leche/productos lácteos:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer. Revisar las bebidas que el/la estudiante puede tomar.
17. **Alergia al huevo:** Marcar todos los alimentos que el/la estudiante no puede comer.
18. **Alergia a la soya:** Marcar si corresponde.
19. **Otras alergias alimentarias:** Escribir otros alérgenos **alimentarios que ponen en peligro la vida** debido a reacción alérgica (como, el maní, la nuez de árbol, el trigo, el pescado, los mariscos, la semilla de sésamo, etc.).

PARTE 3:

20. **Escribir el nombre del profesional médico con licencia estatal:** Escribir el nombre del profesional médico con licencia estatal que supervisa el cuidado del estudiante.
21. **Título:** Marcar el casillero que describe las credenciales del profesional médico con licencia.
22. **Firma del profesional de salud con licencia estatal:** Firmar la solicitud de la comida especial o adaptaciones.
23. **Fecha de firma:** Cuando el profesional de la salud con licencia estatal firma el formulario.
24. **Nombre del consultorio médico:** Escribir el nombre del consultorio donde el estudiante recibe atención del profesional médico con licencia estatal.
25. **Dirección del consultorio médico:** Dirección de la oficina del profesional médico con licencia estatal / lugar de trabajo.
26. **Número de teléfono del consultorio médico:** El número de teléfono del profesional de la salud con licencia estatal.

La Norma SBBC 5090 del Código de Conducta del Estudiante indica las reglas del Distrito a los alumnos 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 anualmente o cuando haya cambios, los nombres o los números telefónicos actualizados de los contactos de emergencia.
- Informar a la escuela sobre cualquier motivo que pueda afectar el aprendizaje, la asistencia regular o la participación en actividades escolares de sus hijos.
- Saber que los medicamentos deben ser administrados de acuerdo con las Normas 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 sin receta, y la posesión y/o el uso de medicamentos no autorizados se encuentran en la Norma SBBC 5100. La Norma SBBC 6305 describe las reglas sobre los medicamentos con y sin receta, y la Norma SBBC 5100 describe las consecuencias por infringir estas reglas. Usted puede ver las normas completas de salud, suspensión o expulsión, así como todas las reglas de la Junta Escolar en: <https://www.browardschools.com/Page/37754>
- Saber que tienen derechos relacionados con la privacidad y la confidencialidad de los expedientes estudiantiles archivados en las escuelas, tal y como se define en la Sección VIII de esta publicación.
- Saber que ni la Junta Escolar del Condado de Broward ni sus empleados son responsables por los artículos prohibidos perdidos, robados o confiscados, o por aparatos de comunicación inalámbrica u otra tecnología personal perdidos, robados o confiscados.
- Saber que los artículos confiscados 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 se puede considerar como una infracción disciplinaria. Para los casos graves que ocurran en los paraderos o los que ocurran fuera de las instalaciones de la Junta Escolar, los padres deben comunicarse directamente con los agentes del orden público. Para los casos de acoso escolar (ver la definición en la Sección II), se debe notificar a los funcionarios escolares para iniciar la investigación o brindar la ayuda y la intervención según 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 IV 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