

# Información de Emergencia de los Estudiantes

Office of Student and Family Support and Engagement  
Montgomery County Public Schools  
Rockville, Maryland 20850

Formulario 565-1 de MCPS  
Agosto de 2022  
Página 1 de 2

**INSTRUCCIONES:** Por favor complete ambos lados de este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo/a lo antes posible. Se puede enviar las actualizaciones a través de la Verificación Anual de ParentVUE, para más información sobre cómo inscribirse para ParentVUE visite <https://www.montgomeryschoolsmd.org/parents/tech-info-support.aspx>.

Nombre del estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			Primer nombre identificado del estudiante		
Número de estudiante	Grado	Sección	Maestro del aula de base (Homeroom):		
Teléfono principal	Fecha de nacimiento	<b>SOLAMENTE GRADOS 6-12</b> YRBS/YTS (vea el dorso) <input type="checkbox"/> <b>NO</b> puede participar	<b>SOLAMENTE GRADOS 11 Y 12</b> <input type="checkbox"/> No hagan pública la información de contacto al personal de reclutamiento militar.		
Domicilio		Idioma que se habla en el hogar	Idioma preferido para la correspondencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Américo <input type="checkbox"/> Portugués		
Ruta de autobús #	Desde:	A:	Inquietudes sobre la custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, comuníquese con la escuela)		
¿Es el estudiante dependiente de un miembro del servicio activo de tiempo completo en el Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines, la Fuerza Espacial o la Guardia Costera o un miembro del servicio en las Reservas o la Guardia Nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del padre/guardián que vive en el domicilio del estudiante antes nombrado. (Apellido, Nombre, Inicial (Contactar primero))			Nombre del padre/guardián que vive en el domicilio del estudiante antes nombrado. (Apellido, Nombre, Inicial (Contactar primero))		
Teléfono del trabajo		Teléfono celular		Teléfono del trabajo	
Teléfono celular		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Correo electrónico			Dirección de correo electrónico		
Parentesco con el/la estudiante <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique)			Parentesco con el/la estudiante <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique)		
Nombre del padre/guardián que <b>NO</b> vive en el domicilio del estudiante antes nombrado. (Apellido, Nombre, Inicial (Contactar primero))			Nombre del padre/guardián que <b>NO</b> vive en el domicilio del estudiante antes nombrado. (Apellido, Nombre, Inicial (Contactar primero))		
Domicilio de este adulto			Domicilio de este adulto		
Teléfono del trabajo		Teléfono celular		Teléfono del trabajo	
Teléfono celular		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Teléfono de la casa		Correo electrónico		Teléfono de la casa	
Correo electrónico		Teléfono de la casa		Correo electrónico	
Parentesco con el/la estudiante <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique)			Parentesco con el/la estudiante <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique)		
Persona/organización responsable del estudiante <b>Antes del Horario Escolar</b> —Nombre (Apellido, Nombre) (Si es una persona distinta que los adultos responsables antes nombrados)					
Domicilio					
Teléfono de la casa		Teléfono celular		Correo electrónico	
Teléfono celular		Teléfono de la casa		Correo electrónico	
Teléfono del trabajo		Parentesco con el estudiante (su hubiese alguno)			
Persona/organización responsable del estudiante <b>Después del Horario Escolar</b> —Nombre (Apellido, Nombre) (Si es una persona distinta que los adultos responsables antes nombrados)					
Domicilio					
Teléfono de la casa		Teléfono celular		Correo electrónico	
Teléfono celular		Teléfono de la casa		Correo electrónico	
Teléfono del trabajo		Parentesco con el estudiante (su hubiese alguno)			
Contactos de emergencia: En una emergencia que requiera que la escuela permita la salida del estudiante usando los protocolos de reunificación de padres/hijos, y cuando los padres/guardianes y otros adultos responsables que ya figuran en la lista no se puedan localizar, la escuela puede permitir que el estudiante se retire con estas personas.					
Contacto de emergencia No. 1: (Apellido, Nombre)				Parentesco con el estudiante	
Teléfono de la casa		Teléfono celular		Teléfono del trabajo	
Teléfono celular		Teléfono de la casa		Correo electrónico	
Contacto de emergencia No. 2: (Apellido, Nombre)				Parentesco con el estudiante	
Teléfono de la casa		Teléfono celular		Teléfono del trabajo	
Teléfono celular		Teléfono de la casa		Correo electrónico	
Contacto de emergencia No. 3: (Apellido, Nombre)				Parentesco con el estudiante	
Teléfono de la casa		Teléfono celular		Teléfono del trabajo	
Teléfono celular		Teléfono de la casa		Correo electrónico	

Nombre del médico/proveedor autorizado de cuidados de la salud	Teléfono del médico/proveedor autorizado de cuidados de la salud
Nombre del dentista/higienista	Teléfono del dentista/higienista
Seguro de salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, indique uno) <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Health Choice (Asistencia Médica) <input type="checkbox"/> Care for Kids	
Los funcionarios escolares administrarán primeros auxilios y/o llevarán a su hijo/a a un médico o a un hospital para que reciba tratamiento de emergencia en caso de que se estime necesario hacerlo y que no sea posible comunicarse con los padres/guardianes u otros adultos responsables indicados en este formulario. (En situaciones de emergencia, se utilizarán los servicios de personal de rescate, si se estima necesario.)	
¿Es el estudiante alérgico a picaduras de abeja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, por favor provea información adicional, como por ejemplo una descripción de la reacción o reacciones, medicamentos, etc.)	
¿Es el estudiante alérgico a algún alimento y/o a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, por favor provea información adicional, como por ejemplo una descripción de la reacción o reacciones, medicamentos, etc.)	
¿Es el estudiante alérgico a alguna otra cosa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, por favor provea información adicional, como por ejemplo una descripción de la reacción o reacciones, medicamentos, etc.)	
¿Porta consigo el estudiante un Auto-Inyector de Epinefrina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( Si la respuesta es Sí, <b>SE DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO 525-14 DE MCPS y debe ser entregado a la escuela</b> )	
¿Porta consigo el estudiante algún otro medicamento de emergencia (por ejemplo, Inhalador para Asma)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( Si la respuesta es Sí, <b>SE DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO 525-13 DE MCPS y debe ser entregado a la escuela</b> )	
¿Existe alguna otra consideración médica que usted desearía compartir con respecto a este estudiante? (por ejemplo, problemas de Asma o problemas Respiratorios, Diabetes, Convulsiones u otro problema?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor especifique	
¿Sufre el estudiante de un estado de salud que podría requerir cuidados de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor especifique	
Medicamentos recetados actualmente (Opcional)	
Está el personal escolar administrando medicamento o un tratamiento (alimentación por sonda nasogástrica o cateterismo urinario) de forma continua, diariamente o según sea necesario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, <b>EL FORMULARIO 525-12, 525-13 O EL FORMULARIO 525-14 DE MCPS debe completarse y devolverse a la escuela</b> )	
Nombre del padre/madre/guardián (en letra de molde/imprenta)	
Entiendo que el envío electrónico de este formulario y mi firma electrónica tienen como intención ser, constituir y equivaler a mi firma personal.	Fecha
Firma del padre/madre/guardián	

**Para estudiantes de los grados 6 al 12 SOLAMENTE**

**Información para los Padres/Guardianes de Estudiantes de las Escuelas de Enseñanza Media y Secundarias con Respecto a las Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland/Encuesta sobre el Tabaco**

Esta sección del formulario es para informarle acerca de la Encuesta de Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland/Encuesta Sobre el Tabaco (YRBS/YTS) y los procedimientos a seguir si usted **NO** quiere que su hijo/a participe en el YRBS/YTS.

La escuela de su hijo/a podría estar participando en YRBS/YTS, dirigidas por el Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health—MDH) en colaboración con el Departamento de Educación del Estado de Maryland (Maryland State Department of Education—MSDE) y los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention—CDC). La encuesta fue diseñada por CDC para identificar conductas de riesgo que podrían incluir comportamientos de seguridad, como pueden ser el uso de cascos y cinturones de seguridad; depresión y salud mental; uso de tabaco, alcohol u otras drogas; nutrición y actividad física; y comportamientos sexuales.

La encuesta ha sido diseñada para proteger la privacidad de su hijo/a. La encuesta es confidencial y los estudiantes no escribirán su nombre en la encuesta. Ninguna escuela o estudiante serán nunca mencionados por nombre en el informe de resultados.

**La encuesta es voluntaria. Si su hijo/a se siente incómodo respondiendo alguna pregunta, su hijo/a puede omitir la respuesta.** No habrá acción alguna en contra de la escuela, de usted o de su hijo/a, si su hijo/a no participa. Además, los estudiantes pueden dejar de participar en la encuesta en cualquier momento sin penalidad alguna.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre los derechos de su hijo/a como participante en esta encuesta, o si usted siente que su hijo/a resultará perjudicado de alguna manera al participar, por favor llame gratuitamente al 1-877-878-3935, deje un mensaje que incluya su nombre y número de teléfono, y alguien le responderá la llamada en cuanto sea posible. Para más información sobre la encuesta, por favor visite [www.cdc.gov/HealthyYouth/](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/).

**Si usted NO DESEA que su hijo/a participe en la encuesta, (1) por favor complete la sección en la parte del frente del formulario que indica "YRBS/YTS—No Puede Participar", (2) devuelva el formulario de Información de Emergencia del/de la Estudiante a la escuela de su hijo/a.**

**PREGUNTAS FRECUENTES**

**P. ¿Por qué se llevan a cabo Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland/Encuesta sobre el Tabaco?**

R. MDH y MSDE usarán los resultados de YRBS/YTS para (1) monitorear cómo cambian con el tiempo las principales conductas de riesgo para la salud entre los estudiantes de las escuelas de enseñanza media y secundarias, (2) evaluar el impacto de los amplios esfuerzos estatales y locales para prevenir comportamientos de riesgo para la salud y (3) mejorar las políticas y programas de educación escolar sobre la salud.

**P. ¿Se hacen preguntas de carácter delicado?**

R. Algunas preguntas podrían ser consideradas de carácter delicado por algunos distritos, escuelas o por los padres/guardianes. Todas esas preguntas se presentan de una manera directa y delicada y fueron diseñadas por CDC. Los temas que se cubren incluyen el uso de cascos y cinturones de seguridad; la depresión y la salud mental; el uso de tabaco, alcohol y otras drogas; la nutrición y la actividad física; y el comportamiento sexual.

**P. ¿Se usará o se vinculará el nombre de los estudiantes a la encuesta?**

R. No. La encuesta está diseñada para proteger la privacidad de su hijo/a. La encuesta es administrada por personal de campo especialmente capacitado. Los estudiantes no escriben su nombre en la encuesta. Cuando los estudiantes terminan la encuesta, la colocan en una caja grande o en un sobre.

**P. ¿Se monitoriza a los estudiantes a través del tiempo para observar cambios en su comportamiento?**

A. No se puede monitorizar a los estudiantes que participan, ya que no se recoge información que los identifique.

**P. ¿Cómo se elige a los estudiantes para participar en la encuesta?**

R. En todo el estado, se eligen aproximadamente 360 escuelas y 85,000 estudiantes para participar. Primeramente, las escuelas se eligen al azar, y luego se eligen al azar las aulas en escuelas seleccionadas. Todos los estudiantes en una clase seleccionada pueden participar.