

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
Juli de 2022
Página 1 de 2

INSTRUCCIONES: Por favor complete ambos lados de este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo 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/de la Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)	Primer Nombre Identificado por el/la Estudiante
---	---

Estudiante #	Grado	Sección	Maestro/a del Aula de Base (Homeroom):
--------------	-------	---------	--

Teléfono Principal	Fecha de Nacimiento	SOLAMENTE GRADOS 6-12 YRBS/YTS (vea el dorso) <input type="checkbox"/> NO Puede Participar	SOLAMENTE GRADOS 11 Y 12 <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 Correspondencia <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> amárico <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> francés <input type="checkbox"/> vietnamita
-----------	---------------------------------	--

Ruta de Autobús #	Preocupaciones de Custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, Contacte a la Escuela)
-------------------	---

¿Es el/la estudiante dependiente de un miembro de las fuerzas de servicio activo (a tiempo completo) del Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina, Guardacostas, Guardia Nacional o Fuerzas de Reserva (Ejército, Guardia del Ejército Nacional de los Estados Unidos, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardacostas)? Sí No

Nombre del Padre/Madre/Guardián Que Vive en el Domicilio del/de la Estudiante Antes Nombrado/a. (Apellido, Nombre, Inicial (contactar primero))	Nombre del Padre/Madre/Guardián Que Vive en el Domicilio del/de la Estudiante Antes Nombrado/a. (Apellido, Nombre, Inicial (contactar primero))
---	---

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/Madre/Guardián Que NO Vive en el Domicilio del/de la Estudiante Antes Nombrado/a. (Apellido, Nombre, Inicial (contactar primero))	Nombre del Padre/Madre/Guardián Que NO Vive en el Domicilio del/de la Estudiante Antes Nombrado/a. (Apellido, Nombre, Inicial (contactar primero))
---	---

Domicilio de Este Adulto	Domicilio de Este Adulto
--------------------------	--------------------------

Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
----------------------	------------------	----------------------	------------------

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/de la Estudiante **Antes del Horario Escolar**—Nombre (Apellido, Nombre) (Si es una persona distinta que los padres/guardianes arriba listados).

Domicilio

Teléfono de la Casa	Teléfono Celular	Correo Electrónico
---------------------	------------------	--------------------

Teléfono del Trabajo	Parentesco con el/la Estudiante (su hubiese alguno)
----------------------	---

Persona/Organización Responsable del/de la Estudiante **Después del Horario Escolar**—Nombre (Apellido, Nombre) (Si es una persona distinta que los padres/guardianes arriba listados).

Domicilio

Teléfono de la Casa	Teléfono Celular	Correo Electrónico
---------------------	------------------	--------------------

Teléfono del Trabajo	Parentesco con el/la Estudiante (su hubiese alguno)
----------------------	---

Contactos de Emergencia: En una emergencia que requiera que la escuela permita la salida del/de la estudiante usando los protocolos de reunificación de padres e hijos, y cuando los padres/guardianes o adultos responsables que ya figuran en la lista no puedan ser localizados, la escuela puede permitir que el/la estudiante se retire con estas personas.

Contacto de Emergencia #1: (Apellido, Nombre)	Parentesco con el/la Estudiante
---	---------------------------------

Teléfono de la Casa	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico
---------------------	------------------	----------------------	--------------------

Contacto de Emergencia #2: (Apellido, Nombre)	Parentesco con el/la Estudiante
---	---------------------------------

Teléfono de la Casa	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico
---------------------	------------------	----------------------	--------------------

Contacto de Emergencia #3: (Apellido, Nombre)	Parentesco con el/la Estudiante
---	---------------------------------

Teléfono de la Casa	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico
---------------------	------------------	----------------------	--------------------

Nombre del Médico/Proveedor Certificado en Cuidados de la Salud	Teléfono del Médico/Proveedor Certificado en Cuidados de la Salud
Nombre del Dentista/Higienista	Teléfono del Dentista/Higienista
Hospital de Preferencia	
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 atención de emergencia en caso de que se estime necesario hacerlo y que no sea posible comunicarse con los padres/guardianes o los adultos responsables indicados en este formulario. (En situaciones de emergencia, se utilizarán los servicios de personal de rescate, si se estima necesario.)	
¿Es el/la estudiante alérgico/a 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/la estudiante alérgico/a 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/la estudiante alérgico/a 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 alérgenos, una descripción de la reacción o reacciones, medicamentos, etc.)	
¿Porta consigo el/la estudiante un Auto-Inyector de Epinefrina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, se debe completar el Formulario 525-14 de MCPS y debe ser entregado a la escuela)	
¿Porta consigo el/la estudiante algún otro medicamento de emergencia (por ejemplo, Inhalador para Asma)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, se debe completar el Formulario 525-13 de MCPS y debe ser entregado a la escuela)	
¿Existe alguna otra consideración médica que usted desearía compartir con respecto a este/a 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/la estudiante de un estado de salud que podría requerir atención 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/s 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, se debe completar y entregar a la escuela el Formulario 525-12 de MCPS, el Formulario 525-13 de MCPS o el Formulario 525-14 de MCPS)	
Nombre del Padre/Madre/Guardián (en letra de molde/impresión)	
Entiendo que el envío electrónico de este formulario y mi firma electrónica tienen la intención de 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 notificarle acerca de la Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland/Encuesta sobre el Tabaco (Maryland Youth Risk Behavior Survey–YRBS/YTS) y los procedimientos a seguir si usted **NO DESEA** que su hijo/a participe en 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/a 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/a 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/.

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) entregue a la escuela de su hijo/a el formulario de Información de Emergencia de los Estudiantes.

PREGUNTAS FRECUENTES

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

R. MDH y MSDE usarán los resultados de YRBS/YTS para (1) monitorizar 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 escolares, 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.