

Información de Emergencia del/de la Estudiante



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

MCPS Form 565-1
Febrero 2018
Página 1 de 2

INSTRUCCIONES: Por favor complete este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo/a lo antes posible.

Nombre del/de la Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			Primer Nombre Preferido por el/la Estudiante		
No. de Estudiante	Grado	Sección	Maestro/a del Aula de Base		
Teléfono Principal	Fecha de Nacimiento	SOLAMENTE GRADOS 6-12 MYTRBS (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 No.	Preocupaciones de Custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, comuníquese con la escuela)				
¿Es el/la estudiante un/a 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)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del Adulto Responsable (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre) (Primer Contacto)			Nombre del Adulto Responsable (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		
Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo	
Teléfono Celular		Teléfono Celular		Teléfono Celular	
Correo Electrónico			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)		
Si no se puede localizar al adulto responsable, la persona de contacto para casos de emergencia es— Nombre (Apellido, Primer Nombre)					
Teléfono		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Parentesco con el/la Estudiante					
Persona Responsable del/de la Estudiante Después del Horario Escolar—Nombre (Apellido, Primer Nombre) (Si es una persona distinta que los adultos responsables listados más arriba)					
Domicilio					
Teléfono		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Parentesco con el/la Estudiante					
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	
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 tratamiento de emergencia en caso de que se estime necesario hacerlo y que no sea posible comunicarse con los adultos responsables indicados más arriba. (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 Información Adicional					
¿Es el/la estudiante alérgico/a a algún alimento y/o a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Información Adicional					
¿Es el/la estudiante alérgico/a a alguna otra cosa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Información Adicional					
¿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 y devolver a la escuela el Formulario 525-14 de MCPS)					
¿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 y devolver a la escuela el Formulario 525-13 de MCPS)					
¿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 cuidados de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor especifique					
Medicamentos recetados actualmente (Opcional)					
¿Administra el personal de la escuela algún medicamento de manera regular al/a la estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, se debe completar y devolver a la escuela el Formulario 525-13 de MCPS o el Formulario 525-14 de MCPS)					
Nombre del Padre/Madre/Guardián (en letra de molde/imprenta)					
Firma del Padre/Madre/Guardián					Fecha

Para Estudiantes de los Grados 6 al 12 SOLAMENTE

Información para los Padres/Guardianes de Estudiantes de las Escuelas de Enseñanza Media/Secundarias con Respecto a la Encuesta sobre el Tabaco y Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland (Maryland Youth Tobacco and Risk Behavior)

Esta sección del formulario es para notificarle acerca de la Encuesta sobre el Tabaco y Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland (Maryland Youth Tobacco and Risk Behavior Survey–MYTRBS) y los procedimientos a seguir si usted **NO DESEA** que su hijo/a participe en la encuesta de MYTRBS.

La escuela de su hijo/a podría estar participando en MYTRBS, dirigida 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 será nunca mencionado 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 de enfrente del formulario que indica "MYTRBS—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 lleva a cabo la Encuesta sobre el Tabaco y Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland?**
R. MDH y MSDE usarán los resultados de MYTRBS 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 la 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 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 monitorea a los estudiantes a través del tiempo para observar cambios en su comportamiento?**
A. No se puede monitorear a los estudiantes que participan, ya que no se recoge información de identificación.
- 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.