



# Información de Emergencia del Estudiante

## (Solamente Estudiantes de Escuelas Secundarias)

Office of the Deputy Superintendent of Schools  
Montgomery County Public Schools  
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 565-1A  
August 2008  
Pagina 1 De 2  
Spanish

Si ha habido un cambio de domicilio, se debe adjuntar a este formulario un nuevo comprobante de residencia antes de que se pueda actualizar la información en la computadora. Llame a su escuela para averiguar que documentación es necesaria para completar este proceso.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE) STUDENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)			NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE STUDENT ID		GRADO GRADE	SECCIÓN SECTION	MAESTRA DE AULA HOMEROOM TEACHER
TELÉFONO DE LA CASA HOME PHONE	FECHA DE NACIMIENTO DATE OF BIRTH	GÉNERO SEXUAL GENDER	NÚMERO DE AUTOBÚS BUS NO.	PROBLEMAS DE CUSTODIA/CUSTODY CONCERNS <input type="checkbox"/> NO/NO <input type="checkbox"/> SÍ/YES (Si la respuesta es sí, póngase en contacto con la escuela)	YRBSS (vea el reverso) <input type="checkbox"/> NO PUEDE PARTICIPAR/May not participate		
DIRECCIÓN HOME ADDRESS		DIRECCIÓN ADICIONAL PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA ADDITIONAL MAILING ADDRESS		IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR LANGUAGE SPOKEN AT HOME	GRADOS 11 Y 12 SOLAMENTE <input type="checkbox"/> NO HAGA PÚBLICA LA INFORMACIÓN A PERSONAL DE RECLUTAMIENTO MILITAR DO NOT RELEASE TO MILITARY RECRUITERS		
NOMBRE DEL ADULTO RESPONSABLE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)				NOMBRE DEL ADULTO RESPONSABLE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			
TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN): WORK PHONE (EXT.):		TELÉFONO CELULAR: CELL PHONE:		TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN): WORK PHONE (EXT.):		TELÉFONO CELULAR: CELL PHONE:	
CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:				CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:			
PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE/ RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MADRE/MOTHER <input type="checkbox"/> PADRE/FATHER <input type="checkbox"/> GUARDIÁN/GUARDIAN <input type="checkbox"/> OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE)/OTHER (SPECIFY)				PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MADRE/MOTHER <input type="checkbox"/> PADRE/FATHER <input type="checkbox"/> GUARDIÁN/GUARDIAN <input type="checkbox"/> OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE)/OTHER (SPECIFY)			
SI NO SE PUEDE LOCALIZAR A LOS PADRES/GUARDIÁN, EL CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA ES—NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE): IF PARENT CANNOT BE REACHED, PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY—NAME (LAST, FIRST):							
TELÉFONO (EXTENSIÓN): PHONE (EXT.):		TELÉFONO CELULAR: CELL PHONE:			CORREO ELECTRÓNICO: E-MAIL:		
PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MADRE/MOTHER <input type="checkbox"/> PADRE/FATHER <input type="checkbox"/> GUARDIÁN/GUARDIAN <input type="checkbox"/> OTRO/OTHER							
PERSONA RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE DESPUÉS DE LAS HORAS DE CLASE—NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)/PERSON RESPONSIBLE FOR STUDENT AFTER SCHOOL—NAME (LAST, FIRST)				IDIOMA EN EL CUAL DESEA RECIBIR CORRESPONDENCIA/LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE CORRESPONDENCE: <input type="checkbox"/> INGLÉS/ENGLISH <input type="checkbox"/> CHINO/CHINESE <input type="checkbox"/> FRANCÉS/FRENCH <input type="checkbox"/> COREANO/KOREAN <input type="checkbox"/> ESPAÑOL/SPANISH <input type="checkbox"/> VIETNAMITA/VIETNAMESE			
DOMICILIO: ADDRESS:							
TELÉFONO (EXTENSIÓN): PHONE (EXT.):		TELÉFONO CELULAR: CELL PHONE:			CORREO ELECTRÓNICO: E-MAIL:		
PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE/ RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MADRE/MOTHER <input type="checkbox"/> PADRE/FATHER <input type="checkbox"/> GUARDIÁN/GUARDIAN <input type="checkbox"/> OTRO/OTHER.							
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 que parezca necesario y que no sea posible comunicarse con el padre, la madre o el guardián. (En situaciones de emergencia, se utilizarán los servicios de personal de rescate, si se estima necesario.)							
CONTACTO MÉDICO: (NOMBRE) PHYSICIAN CONTACT: (NAME)				TELÉFONO DEL DOCTOR: PHYSICIAN PHONE:			
CONTACTO DE DENTISTA: (NOMBRE) DENTIST CONTACT: (NAME)				TELÉFONO DEL DENTISTA: DENTIST PHONE:			
HOSPITAL DE PREFERENCIA: HOSPITAL PREFERENCE:							
ALERGIAS—MEDICAMENTOS: ALLERGIES—MEDICATIONS:							
ALERGIAS—PICADURA DE ABEJAS/ALLERGIES—BEE STINGS: <input type="checkbox"/> NO/NO <input type="checkbox"/> SÍ/YES INFORMACIÓN ADICIONAL:							
ALERGIAS—OTRAS: ALLERGIES—OTHER:							
MEDICAMENTOS RECETADOS ACTUALMENTE (OPCIONAL): CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATIONS: (OPTIONAL)							
OTRAS PREOCUPACIONES: OTHER CONCERNS:							
SEGURO DE SALUD/HEALTH INSURANCE: <input type="checkbox"/> NO/NO <input type="checkbox"/> SÍ/YES (SI LA RESPUESTA ES SÍ, MARQUE UNO) <input type="checkbox"/> PRIVADO/PRIVATE <input type="checkbox"/> HEALTH CHOICE (ASISTENCIA MÉDICA) <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS							
¿SUFRE EL ESTUDIANTE DE UN ESTADO DE SALUD QUE PODRÍA REQUERIR CUIDADOS DE EMERGENCIA? <input type="checkbox"/> NO/NO <input type="checkbox"/> SÍ/YES SÍ LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR ESPECIFIQUE DOES THE STUDENT HAVE A HEALTH CONDITION REQUIRING POSSIBLE EMERGENCY CARE?							
¿LE ADMINISTRA EL PERSONAL DE LA ESCUELA ALGÚN MEDICAMENTO DE MANERA CONTINUA?/ IS MEDICATION BEING ADMINISTERED BY SCHOOL STAFF ON A CONTINUING BASIS? <input type="checkbox"/> NO/NO <input type="checkbox"/> SÍ/YES (SI LA RESPUESTA ES SÍ, DEBERÁ COMPLETAR EL FORMULARIO MCPS FORM 525-13 Y DEVOLVERLO A LA ESCUELA)							
Nombre del Padre/Madre/Guardián/Printed Parent/Guardian Name				Firma del Padre/Madre/Guardián/Signature of Parent/Guardian		Fecha/Date	

## Información Para los Padres/Guardianes de Estudiantes de Secundaria Con Respecto a la Encuesta de Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)

Esta sección del formulario es para notificarle acerca de *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS) (Sistema de Control de Comportamiento Riesgoso de Jóvenes) y los procedimientos a seguir si usted NO desea que su hijo/a participe en la encuesta de YRBSS. United States Centers for Disease Control and Prevention creó YRBSS para medir los factores de riesgo y para controlar la efectividad de los programas de reducción de riesgo. La encuesta está diseñada a identificar comportamientos riesgosos que pueden incluir comportamientos de seguridad, como 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.

Maryland State Department of Education requiere que los sistemas de escuelas locales utilicen consentimiento pasivo de los padres para la administración de la encuesta de YRBSS para obtener un número estadísticamente válido y completamente representativo de los participantes de la encuesta. Durante el ciclo escolar 2008–2009, se escogerá al azar un grupo de escuelas secundarias para participar en la encuesta. A menos que usted indique en el frente de este formulario que su hijo/a no puede participar en la encuesta, a él/ella se le podría dar la encuesta si la escuela a la que asiste es una de las escogidas. Por favor tenga en cuenta los siguientes factores al tomar su decisión:

- La participación de su hijo/a en la encuesta de YRBSS es voluntaria.
- La encuesta de YRBSS es confidencial y las respuestas de su hijo/a se mantendrán privadas.
- No se requiere el nombre de su hijo/a en la hoja de respuestas de la encuesta.

Para más información acerca de la encuesta de YRBSS, o para solicitar una copia de las preguntas incluidas en la encuesta, por favor comuníquese con Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Atlanta, Georgia 30333, teléfono 800-232-4636, o visite el siguiente sitio de Internet: [www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs](http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs).

Si usted NO desea que su hijo/a participe en la encuesta de YRBSS, por favor complete la sección del frente del formulario que indica "YRBSS—No Puede Participar".