

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
Agosto 2017
PÁGINA 1 DE 2

INSTRUCCIONES: Por favor revise este formulario para cualquier cambio 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 DEL/DE LA ESTUDIANTE	
NÚMERO DE ESTUDIANTE	GRADO	SECCIÓN	MAESTRO/A DEL AULA DE BASE	
TELÉFONO PRINCIPAL	FECHA DE NACIMIENTO	SOLAMENTE GRADOS 6-12 MYTRBS (VER EL DORSO) <input type="checkbox"/> NO PUEDE PARTICIPAR	GRADOS 11 Y 12 SOLAMENTE <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"/> CHINO <input type="checkbox"/> FRANCÉS <input type="checkbox"/> COREANO <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> AMÁRICO	
¿ES EL/LA ESTUDIANTE DEPENDIENTE DE UN MIEMBRO DE LAS FUERZAS DE SERVICIO ACTIVO (TIEMPO COMPLETO) DEL EJERCITO, 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) (CONTACTAR PRIMERO)			NOMBRE DEL ADULTO RESPONSABLE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL)	
TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO DEL TRABAJO	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 (ESPECIFIQUE)			PARENTESCO CON EL/LA ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIÁN <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)	
SI NO SE PUEDE LOCALIZAR AL ADULTO RESPONSABLE, EL CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA ES—NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE):				
TELÉFONO	TELÉFONO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	
PARENTESCO CON EL/LA ESTUDIANTE:				
PERSONA RESPONSABLE DEL/LA ESTUDIANTE DESPUÉS DEL HORARIO DE CLASES—NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE): (SI ES OTRA PERSONA DISTINTA A LOS ADULTOS RESPONSABLES INDICADOS MÁS ARRIBA)				
DOMICILIO:				
TELÉFONO	TELÉFONO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
PARENTESCO CON EL/LA ESTUDIANTE:				
CONTACTO MÉDICO/PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD: (NOMBRE)			TELÉFONO DEL MÉDICO/PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD:	
CONTACTO DE DENTISTA/HIGIENISTA: (NOMBRE)			TELÉFONO DEL DENTISTA/HIGIENISTA:	
HOSPITAL DE PREFERENCIA:				
SEGURO DE SALUD: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (SI LA RESPUESTA ES SÍ, MARQUE 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 LOS ADULTOS RESPONSABLES INDICADOS 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 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 DEBERÁ COMPLETAR Y ENTREGAR 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 <input type="checkbox"/> SI LA RESPUESTA ES SÍ, SE DEBERÁ COMPLETAR Y ENTREGAR 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, ASMA O PROBLEMAS RESPIRATORIOS, DIABETES, CONVULSIONES U OTRO PROBLEMA)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESPECIFIQUE				
¿PADECE EL/LA ESTUDIANTE DE UNA CONDICIÓN MÉDICA QUE PODRÍA REQUERIR ATENCIÓN DE EMERGENCIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESPECIFIQUE				
MEDICAMENTOS RECETADOS ACTUALMENTE: (OPCIONAL):				
¿ADMINISTRA EL PERSONAL ESCOLAR ALGÚN MEDICAMENTO DE MANERA CONTINUA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (SI LA RESPUESTA ES SÍ, SE DEBERÁ COMPLETAR Y ENTREGAR A LA ESCUELA EL FORMULARIO 525-13 DE MCPS)				
Nombre del Padre/Madre/Guardián (en letra de imprenta/molde)		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

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, dirigido por el Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland (Maryland Department of Health and Mental Hygiene–DHMH) 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 una pregunta, él o ella puede dejarla sin 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 está llevando a cabo la Encuesta sobre el Tabaco y Conductas de Riesgo para Jóvenes de Maryland?

R. Maryland DHMH 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 por los padres/guardianes. Todas esas preguntas se presentan en 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 ver sus cambios de comportamiento?

A. No se puede monitorear a los estudiantes que participan, ya que no se recoge información de identificación.

P. ¿Cómo se eligen 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.