



2026-27 FORMULARIOS Y NOTIFICACIONES REQUERIDOS

Una copia impresa de esta Guía ha sido enviada a casa con su(s) hijo(s) y está publicada en nuestro sitio web en www.galt.k12.ca.us.

Complete los formularios obligatorios y opcionales en ParentVue (Synergy) o complete las copias impresas adjuntas y entreguélas en la escuela de su hijo.

FORMULARIOS REQUERIDOS

- _____ 1. Recibo de Información Sobre Derechos Legales de Padres
- _____ 2. Encuesta de Niños Sanos de California – solo aplica a estudiantes únicamente de 5° y 6° grado
- _____ 3. Acuerdo de Usuario de Chromebook
- _____ 4. Forma de Participación para Google Apps para Educación
- _____ 5. Recopilación de Datos Sobre Ingresos del hogar
- _____ 6. Cuestionario de Vivienda
- _____ 7. Contrato de Responsabilidad de Internet
- _____ 8. Informe de Seguro de Accidente para Estudiantes

FORMULARIOS OPCIONALES

- _____ 9. Encuesta California Healthy Kids – únicamente 7^{mo} y 8^{vo} grado
- _____ 10. Consentimiento Para La Facturación del Seguro y Liberación de Registros Estudiantiles
- _____ 11. Solicitud de Voluntario
- _____ 12. Forma de Exclusión Estudiantil pág. 1
- _____ 13. Forma de Exclusión Estudiantil pág. 2
- _____ 14. Comités Asesores

NOTIFICACIONES REQUERIDOS

- _____ 15. Conmoción Cerebral documento informativa
- _____ 16. Datos Sobre El Fentanilo
- _____ 17. Paro cardíaco repentino
- _____ 18. ¿Qué es la Diabetes Tipo 1?
- _____ 19. ¿Qué es la Diabetes Tipo 2?

INFORMATIVO

- _____ 20. Cuota de deportes de la escuela intermedia

2026-2027

RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS LEGALES DE LOS PADRES

Como lo requiere la ley, la Guía de información para Padres es para notificarle sobre sus derechos legales y responsabilidades.

"Por lo presente reconozco que he recibido información del Distrito de las escuelas primarias de Galt acerca de los derechos legales de padres y tutores con niños en escuelas públicas de California".

Nombre(s) de estudiante(s)	Escuela(s)

Nombre del Padre/tutor

Firma del Padre

Fecha

Por favor complete/firme este formulario y entregue al maestro de su hijo/a.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA ENCUESTA NIÑOS SALUDABLES DE CALIFORNIA

AÑO ESCOLAR 2026-2027 (Consentimiento activo)

SOLO PARA ESTUDIANTES DE PRIMARIA DE 5° Y 6° GRADO

Estimado Padre o Tutor:

Se le está pidiendo a su niño(a) de **5to/6to** grado que forme parte de nuestra Encuesta California Healthy Kids patrocinada por el Departamento de Educación de California (CDE). Esta es una encuesta de suma importancia que ayudará a promover una mejor salud entre nuestros jóvenes, mejorará el ambiente de aprendizaje en la escuela, y a combatir problemas como el abuso de drogas y la violencia. *Su hijo/a no tiene que completar la encuesta. La participación es voluntaria y requiere su permiso.*

Contenido de la Encuesta. La encuesta reúne información sobre los apoyos de desarrollo proporcionados a los jóvenes; conectividad escolar y barreras al aprendizaje, así como conductas tales como la actividad física y los hábitos nutricionales; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y seguridad escolar.

Usted puede examinar el cuestionario en la oficina de la escuela, o en el sitio web de su distrito: www.galt.k12.ca.us

Los resultados de esta encuesta se recolectan en los Reportes CHKS a nivel del distrito y del condado. Para ver una copia del reporte de su distrito, diríjase a <http://calschls.org/reports-data/search-lea-reports> (Outside Source) y escriba el nombre del distrito.

Es Voluntario. Los estudiantes que, con su permiso, acepten participar no tienen que responder ninguna pregunta que no desean responder, y pueden dejar de tomar la encuesta en cualquier momento.

Es Anónima. Ningún nombre será registrado o adjuntado a las formas o a la información de la encuesta. Los resultados se darán a conocer únicamente para análisis bajo controles confidenciales estrictos.

Administración. La encuesta será administrada durante el segundo trimestre.

Riesgos Potenciales. No se conoce ningún riesgo de daños físicos para su niño. Los riesgos nocivos de tipo psicológico o social son muy pequeños. No se ha reportado ninguno en 20 años que se ha administrado la encuesta. En casos poco comunes, algunas preguntas podrían hacerlo sentir incómodo. Los servicios de consejería de la escuela estarán disponibles para responder a cualquier pregunta personal que pudiera surgir.

Para más Información. La encuesta fue desarrollada para la CDE por WestEd, una institución educativa pública sin fines de lucro. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o sobre sus derechos, llame al distrito al número 209-744-4545 x 331

Formulario de Consentimiento de los Padres para participar en la Encuesta de Niños Saludables de California

Por favor, indique abajo si usted otorga su permiso, firme y regrese esta al maestro que la haya distribuido:

____ **Sí doy mi permiso** para que mi hijo complete la Encuesta niños saludables de California.

____ **No doy mi permiso** para que mi hijo complete la Encuesta niños saludables California

Firma: _____

Fecha: _____

El nombre de mi hijo es: _____
(favor de escribir el nombre con letra de molde)

AÑO ESCOLAR 2026-2027

Distrito de Escuelas Primarias de Galt

Acuerdo de Usuario de Chromebook

Mi hijo y yo hemos leído y acordamos de los términos del Manual de Tecnología del Distrito de Escuelas Primarias de Galt para Padres y Estudiantes, se encuentra en el sitio web del distrito. Se le puede enviar una copia imprimida del Manual de Tecnología si gusta, por favor comuníquese con nuestra oficina o el Centro de Futuro Brillante (BFLC).

Entendemos que no hay una opción para el seguro de Chromebook a través del distrito escolar, pero podríamos buscar una compañía de seguros externa por nuestra cuenta si deseamos un seguro.

The following are the estimated costs of the Chromebook parts and replacement:

- Total replacement of Chromebook: \$425
- Power Supply/Cord Replacement: \$30
- Non-Touch Screen/Touch Screen Replacement: \$25/\$50
- Keyboard/Missing Keys Replacement: \$45
- Replacement battery: \$20
- Plastic LCD Bezel: \$20
- Hinge Cap: \$10
- Chromebook Bag: \$15
- Touch & Non-Touch Bottom Case: \$20

Hotspot (WiFi) Charges:

- Hotspot Device: \$99
- Case: \$15
- Charging Adapter: \$15

☐ **We understand that we are responsible for damages and will be charged appropriately for the estimated costs of Chromebook parts or replacement.**

Las familias pueden optar por no llevarse el dispositivo a casa si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El estudiante tiene acceso a una computadora portátil o de escritorio en casa.
- El estudiante tiene acceso a Internet.
- Se utiliza Chrome como navegador web en el dispositivo de casa.
- El dispositivo permite acceder a las aplicaciones de Google (Google Docs, Clever, Google Drive, etc.).

☐ **Nos gustaría optar por no participar en el programa para llevar a casa el dispositivo 1:1 y le brindaremos a mi hijo todos los requisitos anteriores. Nosotros entendemos que durante el día escolar de mi hijo se le proporcionará un Chromebook. Entendemos que somos responsables de los daños y se hará un cobro adecuado por los costos estimados de las piezas o el reemplazo del Chromebook.**

Nombre del estudiante (Letra en molde)

Identificación del estudiante

Firma del Estudiante

Nivel de Grado

Nombre del Padre/Madre/Tutor (Letra en molde)

Numero de Contacto

Firma de Padre/Madre/Tutor

Fecha

2026-2027

FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN PARA GOOGLE APPS PARA EDUCACIÓN

Nombre del Estudiante

Apellido del Estudiante

Fecha de Nacimiento del Estudiante

Nivel de Grado del Estudiante

_____ **Sí he leído** la Póliza de Uso Aceptable para “Google Apps for Education” aplicaciones de Google para educación . **Entiendo que mi** cuenta de Google Apps será supervisada por empleados de la escuela y voy a ser responsable de mis acciones en línea/internet.

Firma del Estudiante

Fecha

Nombre del Padre

Apellido del Padre

_____ **Sí doy permiso** para que mi hijo use “Google Apps for Education” aplicaciones de Google para educación como se describe en la Política de uso aceptable de “Google Apps for Education”. Al hacerlo, acepto hacer el uso apropiado cuando mi hijo esté fuera de la propiedad del distrito.

Firma del Padre

Fecha

_____ **NO doy permiso** para que mi hijo use “Google Apps for Education” aplicaciones de Google para educación como se describe en Uso Aceptable para “Google Apps for Education”. Al hacerlo entiendo que a mi hijo no se le otorgará una cuenta de **student.galt.k12.ca.us** para acceder al trabajo colaborativo y los recursos ofrecidos por el distrito. Cualquier cuenta existente quedará inactiva.

Firma del Padre

Fecha

Política de Uso Aceptable de Google Cloud

El uso de los Servicios está sujeto a esta Política de Uso Aceptable ("AUP"). Si no se definen aquí, los términos tendrán el significado establecido en el contrato aplicable ("Acuerdo") entre el cliente, distribuidor u otro usuario autorizado ("Usted") y Google. Usted acepta no utilizar, ni permitir que terceros o sus Usuarios Finales utilicen los servicios:

- para violar, o fomentar la violación de, los derechos legales de otros;
- para participar, promover o fomentar actividades ilegales, incluyendo la explotación sexual infantil, el abuso infantil, o el terrorismo o la violencia que pueda causar muerte, daño grave o lesiones a individuos o grupos de individuos;
- para cualquier propósito ilegal, invasivo, infractor, difamatorio o fraudulento, incluyendo Imágenes Explícitas No Consentidas (NCEI), violaciones de los derechos de propiedad intelectual de otros, phishing o la creación de esquemas piramidales;
- para distribuir virus, gusanos, caballos de Troya, archivos corruptos, engaños u otros elementos de naturaleza destructiva o engañosa;
- para alterar, deshabilitar, interferir o eludir cualquier aspecto de los Servicios, el Software o el equipo utilizado para proporcionar los Servicios;
- para generar, distribuir, publicar o facilitar correos electrónicos masivos no solicitados, promociones, anuncios u otras solicitudes ("spam");
- para probar o realizar ingeniería inversa de los Servicios con el fin de encontrar limitaciones o vulnerabilidades, o para evadir capacidades de filtrado, salvo que esté expresamente permitido en el Acuerdo; o
- para utilizar los Servicios, o cualquier interfaz proporcionada con los Servicios, para acceder a cualquier otro producto o servicio de Google de una manera que viole los términos de servicio de dicho producto o servicio.

Además, si está utilizando Google Workspace o Google Workspace for Education, usted acepta no utilizar, ni permitir que terceros o sus Usuarios Finales utilicen, los Servicios:

- para otorgar acceso a múltiples personas a una Cuenta individual de Usuario Final, excepto mediante las funciones de delegación proporcionadas dentro de los Servicios;
- para crear Cuentas de Usuario Final asignadas a funciones empresariales en lugar de personas físicas con el propósito de compartir archivos dentro o fuera del dominio;
- para revender Cuentas de Usuario Final, o partes de ellas, como parte añadida de un producto comercial ofrecido a terceros; o
- para grabar comunicaciones de audio o video sin consentimiento cuando dicho consentimiento sea requerido por las leyes y regulaciones aplicables (usted es el único responsable de garantizar el cumplimiento de todas las leyes y regulaciones aplicables en las jurisdicciones correspondientes).

Si utiliza Google Workspace for Education, acepta usar todos los Servicios, Productos Adicionales y Ofertas de Terceros accesibles con su Cuenta únicamente: (a) con fines educativos; y (b) si es un Usuario Final, según lo autorizado por su escuela.

El incumplimiento de esta AUP puede resultar en la suspensión o terminación, o ambas, de los Servicios aplicables de conformidad con el Acuerdo.

Formulario de Beneficios para el Financiamiento Escolar: Su respuesta ayuda a nuestro distrito escolar a recibir fondos que apoyan directamente la escuela de su estudiante. Completar este formulario es rápido, confidencial y beneficia al salón de clases de su estudiante.

Apellido familiar:

Teléfono:

Correo electrónico:

Parte I: Complete la siguiente información para los niños que viven en su hogar.

Nombre del niño(s) que asiste(n) a una escuela pública de K-12 en California			Escuela de asistencia	Fecha de Nacimiento	Nivel de Grado
Apellido	Segundo	Nombre			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Parte II: Complete la siguiente información sobre el tamaño del hogar y los ingresos familiares.

Según el tamaño de su hogar, marque la casilla correspondiente si sus ingresos familiares anuales totales se encuentran dentro del rango indicado para la Categoría 1 o la Categoría 2. No marque una opción en ambas categorías.

Para obtener ayuda para determinar el tamaño de su hogar y sus ingresos familiares anuales totales, consulte las instrucciones en la parte posterior de este formulario.

Tamaño del hogar	Categoría 1 - Gratuito Los ingresos anuales totales del hogar se encuentran dentro de este rango.	Categoría 2 – Reducida Los ingresos anuales totales del hogar se encuentran dentro de este rango.
1	☐ \$0-\$20,748	☐ \$20,749-\$29,526
2	☐ \$0-\$28,132	☐ \$28,133-\$40,034
3	☐ \$0-\$35,516	☐ \$35,517-\$50,542
4	☐ \$0-\$42,900	☐ \$42,901-\$61,050
5	☐ \$0-\$50,284	☐ \$50,285-\$71,558
6	☐ \$0-\$57,668	☐ \$57,669-\$82,066
7	☐ \$0-\$65,052	☐ \$65,053-\$92,574
8	☐ \$0-\$72,436	☐ \$72,437-\$103,082

Si el tamaño del hogar es superior a 8, indique a continuación el tamaño del hogar y los ingresos anuales totales: Tamaño del hogar: _____ Ingresos anuales totales: _____

Si el ingreso anual total de su hogar supera los rangos indicados arriba, marque aquí: _____

Parte III Firma

Yo certifico (prometo) que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que incluí todos los ingresos. Entiendo que la escuela puede recibir fondos estatales y federales según la información que proporciono y que la información podría estar sujeta a revisión.

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Estudiante:	Fecha:
Escuela:	Maestro:

Padre/Tutor legal:

La información proporcionada a continuación ayudará al Distrito escolar a determinar qué servicios adicionales pueden ser elegibles para usted y/o su hijo(a), esto podría incluir servicios y recursos educativos. *La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el personal apropiado del distrito escolar y el personal del sitio escolar.*

Actualmente, ¿usted y/o su familia viven en alguna de las siguientes situaciones? Por favor, seleccione uno:

- ☐ Se aloja en un refugio hogar (refugio hogar familiar, refugio para víctimas de violencia doméstica, refugio juvenil) o tráiler de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- ☐ Comparte vivienda con otra(s) persona(s) debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o alguna razón similar.
- ☐ Vive en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción).
- ☐ Vive temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales o razón similar.
- ☐ Ninguno de los anteriores (vivir en una residencia permanente, alquilar o casa propia)

El padre / tutor abajo firmante certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Nombre de Padre/Tutor Legal:	Firma:
Dirección:	Número de teléfono:

Su hijo(a) o hijos(as) pueden tener derecho a:

- Una Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistió (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si usted no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así usted lo solicita y es en el mejor interés.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, así como los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, de la misma manera que se ofrecen a los demás niños, incluyendo alimentos gratuitos.
- Recibir todas las protecciones y servicios completos provistos de acuerdo con todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

Por favor, enumere a todos los niños que viven actualmente con usted

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA

Solo se necesita un formulario por familia. Por favor regrese este formulario a la oficina de la escuela de su hijo. Si usted tiene alguna pregunta o una necesidad inmediata, por favor comuníquese con la Coordinadora de Personas sin Hogar del Distrito: Kuljeet Nijjar, Educational Services Director; knijjar@galt.k12.ca.us | 209-744-5200 ext. 1501

CONTRATO DE RESPONSABILIDAD DE INTERNET

Todas las escuelas del Distrito de escuelas primarias de Galt ahora tienen acceso a Internet - una colección de miles de redes de computadoras interconectadas en todo el mundo que permiten compartir información casi instantáneamente.

Los estudiantes y el personal tendrán acceso a bibliotecas de colegios y universidades, información y noticias de una variedad de fuentes e instituciones de investigación, software de todo tipo, correo electrónico y grupos de discusión sobre una variedad de temas y mucho más.

El Distrito de escuelas primarias de Galt cree firmemente en el valor educativo de tales servicios electrónicos y reconoce el potencial de los mismos para apoyar nuestro plan de estudios y el aprendizaje de los estudiantes en nuestro distrito. Nuestro objetivo al brindar este servicio es promover la excelencia educativa facilitando el intercambio de recursos, la innovación y la comunicación. También queremos tomar todas las precauciones para proteger a los estudiantes y al personal de cualquier mal uso o abuso de este servicio mundial.

Con el acceso a computadoras y personas en todo el mundo también surge la disponibilidad potencial de material que puede no considerarse de valor educativo en el contexto del entorno escolar. Puede haber algunas comunicaciones materiales o individuales que no sean adecuadas para niños en edad escolar.

Si bien el uso de Internet será supervisado por un adulto en todo momento, los estudiantes deben aceptar el uso responsable del sistema. Los estudiantes no deben:

- ✓ Enviar o recibir mensajes que indiquen o sugieran solicitudes poco éticas o ilegales, material amenazante u obsceno, racismo, sexismo, lenguaje inapropiado u otros asuntos considerados inapropiados por el personal de la escuela.
- ✓ Utilice Internet con fines comerciales.
- ✓ Revele direcciones personales o números de teléfono, o las direcciones y números de teléfono de otras personas.
- ✓ Usar material protegido por derechos de autor en informes sin permiso.
- ✓ Vandalizar el armamento, soporte de sistema (software) y / o sistemas de red.

El uso de los sistemas informáticos del distrito es un privilegio, no un derecho. Las consecuencias por violar las normas de comportamiento descritas anteriormente incluyen:

- ✓ Pérdida de tecnología por un año completo
- ✓ Reembolso de cualquier daño causado al equipo
- ✓ Suspensión / Expulsión

*Para usar Internet en cualquiera de las escuelas del distrito, los estudiantes y los padres deben firmar a continuación para indicar que comprenden de las condiciones de responsabilidad y **devolverlo al maestro de su hijo/a**.*

Maestro

Fecha

Nombre del Estudiante

Firma del Estudiante

Nombre del Padre

Firma del Padre

SEGURO DE ACCIDENTES ESTUDIANTILES

Estimados padres:

El Distrito Escolar de las escuelas primarias en Galt **no proporciona seguro médico o dental en caso de accidentes** para alumnos lesionados en las áreas escolares o en actividades de la escuela. Para ayudarlos a proveer cobertura para su estudiante, el distrito tiene un programa de seguro de accidente médico/dental disponible, a bajo costo. El propósito de este plan es el de proveer ayuda a un costo mínimo para cubrir algunos de los gastos por accidente o lesión. El plan no provee cobertura ilimitada, pero ofrece ayuda considerable en caso de accidente.

Hay dos niveles de cobertura disponibles. La "Opción Máxima" (High Option) del nivel de beneficios es recomendada si su niño/a no tiene seguro médico familiar o si su seguro tiene un deducible muy alto. Todos los planes están disponibles basados en "Tiempo Escolar" o "24 horas" (todo el día, todos los días) y el costo puede ser **tan mínimo como \$11.00 (un pago anual)**. Ver tarifas abajo en la siguiente parte de este formulario informativo.

Por favor visite la oficina en la escuela de su hijo para obtener un folleto/solicitud detallado/a, o puede obtenerlo/a en la Internet en el sitio www.peinsurance.com (haga clic en "Products", después en "Student Insurance"). Por favor lea el folleto de Plan de beneficios estudiantiles para elegir el plan que mejor cumpla con sus necesidades.

AHORA DISPONIBLE SIN COSTO – TARJETA GRATUITA DE MEDICAMENTO RECETADOS – OBTENGA UNA EN LA OFICINA DE LA ESCUELA DE SU HIJO O EN EL SITIO WEB MENCIONADO LA PARTE ANTERIOR.

Los planes pagan los primeros \$500.00 en beneficios además de otro seguro, lo que puede ayudarlo a cumplir con sus deducibles y/o copagos de seguro primario. Dado que el distrito **NO** proporciona seguro médico/dental de accidentes, insistimos que se considere seriamente el programa. Si tiene mas preguntas, llame al Departamento de Accidentes Estudiantiles de Pacific Educators, Inc. Al (800)722-3365 o (714) 639-0962.

Todos los planes son UN SOLO PAGO ANUALMENTE		
Opciones	Bajo	Alto
Plan en la escuela Grados P-8	\$11.00	\$25.00
Plan 24 horas al día Grados P-8	\$75.00	\$161.00

Para documentar que ha sido notificado de este asunto, por favor firme y complete la parte inferior de este formulario.

Como padre/tutor de _____ / _____ / _____ entiendo que el
(Por favor escriba el nombre de su hijo) (escuela) (grado)

El Distrito Unificado Escolar de las Escuelas Primarias de Galt **no proporciona** seguro médico para lesiones estudiantiles, pero sí ofrece seguro estudiantil voluntario. He recibido la información sobre este programa.

_____ Yo sí inscribiré a mi hijo/a en el programa _____ Yo no inscribiré a mi hijo/a en el programa

Nombre de padre/ tutor legal

Firma de padre/tutor legal

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA LA ENCUESTA NIÑOS SALUDABLES DE CALIFORNIA

AÑO ESCOLAR 2026-2027 (consentimiento pasivo)

SOLO PARA ESTUDIANTES DE ESCUELA INTERMEDIA

Estimado Padre o Tutor:

Le estamos pidiendo a su hijo(a) de secundaria que participe de la encuesta Niños Saludables de California (California Healthy Kids Survey CHKS) de nuestra escuela patrocinada por el Departamento de Educación de California (CDE). Es una encuesta muy importante que ayudará a promover una mejor calidad de salud y bienestar de nuestros jóvenes, mejorará el ambiente de aprendizaje en la escuela y combatirá problemas como el abuso de drogas y la violencia. *Su hijo(a) no tiene obligación de participar en la encuesta. Si no desea que su hijo(a) complete la encuesta, debe notificarle a su escuela.*

Contenido de la Encuesta. La encuesta reúne información sobre los apoyos de desarrollo proporcionados a los jóvenes; conectividad escolar y barreras al aprendizaje; seguridad escolar; preocupaciones relacionadas con la salud, como la actividad física y los hábitos nutricionales; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; riesgo de depresión y suicidio; y identificadores de clase protegidos como la orientación sexual la identidad de género.

Puede examinar el cuestionario en la oficina de la escuela o en el sitio web de su distrito: www.galt.k12.ca.us

Los resultados de esta encuesta se recopilan en reportes de la encuesta CHKS a nivel del distrito y del condado. Para ver una copia del reporte del distrito, dirijase a <https://calschls.org/reports-data/search-lea-reports/> ("Outside Source") y escriba el nombre del distrito.

Es Voluntario. Los estudiantes, con su permiso, aceptan participar, no tienen que responder ninguna pregunta que no deseen responder, y pueden dejar de participar en cualquier momento.

Es Anónimo. No se registrará ni se relacionará ningún nombre a los formularios (o formas) ni a los datos de la encuesta. Los resultados estarán disponibles para su análisis sólo bajo estrictos controles de confidencialidad.

Administración. La encuesta será administrada durante el segundo trimestre.

Riesgos Potenciales. No se conocen riesgos de daño físico a su hijo(a). Los riesgos de daños psicológicos o sociales son muy pequeños. Ninguno se ha reportado en los 21 años en que se ha administrado la encuesta. En muy pocas ocasiones, se sintieron algunas molestias por las preguntas. Los servicios de asesoramiento de la escuela estarán disponibles para responder cualquier pregunta personal que pueda surgir.

Para más información. Esta encuesta fue desarrollada para la CDE por WestEd, una institución educativa pública sin fines de lucro. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, o sobre sus derechos, llame al distrito al 209-744-4545 x332

Si decide que su hijo NO participe, puede contactar: Jennifer Giordano en 209-744-4545 x 332 o jgiordano@galt.k12.ca.us

Formulario de Retiro CHKS

Al devolver este formulario, **NO DOY PERMISO** para que mi hijo(a) esté en la encuesta de niños saludables de California.

Nombre de mi hijo(a) es: _____ Grado: _____

Nombre de maestro(a) o tema de clase: _____

Firma: _____ Fecha: _____

GALT JOINT UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 ~ (209) 744-4545 ~ www.galt.k12.ca.us

CONSENTIMIENTO PARA LA FACTURACIÓN DEL SEGURO Y LIBERACIÓN DE REGISTROS ESTUDIANTILES

Las leyes federales y estatales permiten a las agencias educativas locales solicitar beneficios de seguro para pagar por servicios de salud proporcionados en el entorno educativo. Buscar el reembolso de reclamaciones **NO impactará** el límite general de seguro o el deducible de su hijo. Los padres/tutores deben consentir la liberación de los registros educativos y/o de salud/médicos para solicitar beneficios de reclamaciones de seguro. Por favor, complete la información a continuación:

Yo, _____ (**Padre/Tutor Legal**), de parte de _____ (**Estudiante**), Fecha de nacimiento _____ por este medio autorizo al [Nombre del Distrito Escolar] a divulgar los archivos del Estudiante para presentar las reclamaciones de los beneficios del seguro médico.

☐ No autorizo la divulgación de la información educativa y médica/ de salud de mi hijo con el fin de solicitar los beneficios del seguro para pagar los cuidados que mi hijo recibe mientras asiste a la escuela.

Los registros que se liberarán pueden incluir :

- Nombre del estudiante; fecha de nacimiento; género; información del seguro médico; la fecha, hora y tipo de servicios de salud que se le proporcionaron; y el proveedor que prestó los servicios.
- Archivos de conducta, médicos, de salud y/o educacionales de mi hijo.

Seguro Primario:

Nombre del Proveedor del Seguro	Número de Identificación	Número del Grupo
Dirección del Proveedor del Seguro	Nombre Completo del Suscriptor	Relación con el Estudiante

Seguro Secundario:

Nombre del Proveedor del Seguro	Número de Identificación	Número del Grupo
Insurance Provider Address	Nombre Completo del Suscriptor	Relación con el Estudiante

Certificación: Por la presente, certifico que soy el padre/tutor legal del estudiante nombrado aquí. Por la presente, consiento en la divulgación de los registros del estudiante mencionados anteriormente con el propósito de presentar reclamaciones a la compañía de seguros de mi hijo para el reembolso de los servicios de salud proporcionados en el entorno escolar. Además, aceptó mantener indemne al Distrito y a sus funcionarios, agentes y empleados, y renunció expresamente a cualquier derecho que pueda tener para iniciar acciones legales contra el Distrito, sus funcionarios, agentes o empleados basadas en cualquier divulgación de los registros del estudiante identificados aquí. Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de cualquier registro del estudiante para el que he dado mi consentimiento para la divulgación.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Nombre en Letra de Molde del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Este consentimiento es emitido de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) (Código de los Estados Unidos 20 § 1232g; Código de Regulaciones Federales 34, parte 99). La Parte que da su consentimiento reconoce y acepta que la Información de Salud Protegida (PHI) puede ser utilizada con fines de facturación sin autorización adicional, de conformidad con HIPAA (Código de Regulaciones Federales 45 § 164.20), y que debe presentarse un Aviso de Prácticas de Privacidad para explicar su uso

Galt Joint Union Elementary School District

Solicitud de Voluntario (TK-8)

El solicitante debe adjuntar una copia de su licencia de conducir vigente o de una tarjeta de identificación estatal válida con una fotografía clara.

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de licencia de conducir:	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:		Número de teléfono:
Correo electrónico:		
Nombre(s) del estudiante(s):		Relación con el estudiante(s):
Escuela(s):		Nombre(s) del maestro(s):

ANTECEDENTES PENALES:

¿Ha sido condenado(a) alguna vez por un delito grave o un delito menor, o tiene actualmente algún cargo pendiente por un delito grave o menor? _____. En caso afirmativo, explique a continuación. Puede omitir las infracciones menores de tránsito. Conducir bajo los efectos del alcohol o de manera temeraria no se considera una infracción menor. (La existencia de antecedentes penales no lo(a) descalifica automáticamente para prestar servicios como voluntario(a). Sin embargo, el no informar dichos antecedentes constituye motivo de descalificación o terminación de su participación como voluntario(a).) Los adultos que acompañen excursiones escolares con pernoctación deberán contar con la autorización de huellas dactilares del Departamento de Justicia, tramitada a través de la Oficina del Distrito Escolar Primario Unificado de Galt.

VERIFICACIÓN CONFORME A LA LEY DE MEGAN:

Todo adulto que desee participar en una actividad escolar o del salón de clases, o acompañar una excursión escolar, deberá aprobar la verificación de antecedentes mediante la base de datos de la Ley de Megan. La escuela realizará una verificación de antecedentes conforme a la Ley de Megan (Código Penal 290).

VERIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS (TB):

El Distrito Escolar Primario Unificado de Galt requiere que todos los empleados y voluntarios que trabajen directamente con estudiantes presenten una constancia de resultado negativo de tuberculosis (TB) realizada dentro de los últimos cuatro (4) años. Las verificaciones de tuberculosis tienen una vigencia de cuatro (4) años. Al devolver su Solicitud de Voluntario debidamente completada, entregue una copia de su resultado más reciente de la prueba de tuberculosis a la escuela. (Para que su solicitud esté completa, debe presentar comprobante de un resultado negativo de la prueba de tuberculosis.)

TOMA DE HUELLAS DACTILARES MEDIANTE LIVE SCAN (Si corresponde según la descripción a continuación):

Se requiere que todos los voluntarios que trabajen con estudiantes fuera de la supervisión inmediata de un empleado escolar completen el proceso de toma de huellas dactilares mediante Live Scan. Comuníquese con la secretaria de la escuela para determinar si este requisito aplica en su caso.

CAPACITACIÓN PARA DENUNCIANTES OBLIGATORIOS (Si corresponde según la descripción a continuación):

Se requiere para todos los voluntarios que trabajen con estudiantes fuera de la supervisión inmediata de un empleado escolar. Comuníquese con la secretaria de la escuela para determinar si este requisito aplica en su caso. Esta capacitación tiene una duración aproximada de **40 minutos** y se completará mediante el módulo gratuito de capacitación en línea de [Public School WORKS](#). Se deberá adjuntar el comprobante de finalización a la solicitud de voluntariado presentada.

CONFIDENCIALIDAD:

Entiendo que, durante mi participación como voluntario(a) en el Distrito Escolar Primario Unificado de Galt, comparto la responsabilidad de mantener la confidencialidad de toda la información de empleados y estudiantes a la que tenga acceso. Entiendo que es mi responsabilidad proteger los derechos de privacidad y la confidencialidad de toda información, tanto escrita como verbal. Asimismo, entiendo que, en el desempeño de mis funciones, no debo divulgar ni comentar información académica u otra información confidencial relacionada con estudiantes o empleados con ninguna persona. Cualquier incumplimiento de esta obligación de confidencialidad será revisado cuidadosamente y, de comprobarse, podrá dar lugar a la terminación de mi participación como voluntario(a) del Distrito Escolar.

COBERTURA DE COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

Por medio del presente se le informa que el Distrito Escolar Primario Unificado de Galt ha adoptado una resolución de la Mesa Directiva para proporcionar cobertura de beneficios de Compensación para los Trabajadores a los voluntarios autorizados. Los beneficios de Compensación para los Trabajadores se otorgarán de conformidad con el Código Laboral de California por cualquier lesión o enfermedad sufrida mientras preste servicios para el Distrito Escolar Primario Unificado de Galt. En caso de sufrir una lesión mientras presta servicios como voluntario(a) y estar cubierto(a) por nuestro Programa de Compensación para los Trabajadores, se le informa que no será elegible para presentar ninguna reclamación, demanda o procedimiento civil. Al firmar este documento, usted reconoce que los beneficios de Compensación para los Trabajadores constituirán su único recurso legal y acepta renunciar a cualquier reclamación de responsabilidad civil.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA** _____

To be completed by site personnel:

Megan's Law Cleared: Yes ☐ No ☐ Cleared by: _____ Date of Negative TB Test: _____
(Please Check)

Principal Signature: _____ Date: _____

District Signature: _____ Date: _____

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN ESTUDIANTEL

Página 1 de 2

Esta forma brinda a los padres la oportunidad de excluir a su estudiante de la cobertura de los medios públicos, publicar imágenes y nombres de estudiantes en las páginas de comunicación digitales de GJUESD (Distrito Escolar), publicación de información de directorio, películas y educación para la vida familiar. Lea cuidadosamente cada sección del formulario.

Si desea excluir a su hijo de cualquiera de las siguientes secciones, complete la información de su hijo (un formulario por niño), marque la casilla asociada y firme el formulario.

Tenga en cuenta: Este es un formulario OPCIONAL. El formulario solo debe devolverse a la escuela si desea EXCLUIR a su hijo de una de estas áreas.

Nombre del estudiante

Apellido del estudiante

Grado

Nombre del padre

Firma de padre/tutor

Maestro/nombre del Maestro del aula

Fecha

FORMULARIO DE RETENCIÓN DE MULTIMEDIA

Hay ocasiones en que los medios de comunicación están en los campus escolares para entrevistar, fotografiar y grabar en video a los estudiantes para imprimir y difundir historias. Muchas de estas historias son positivas y destacan las cosas buenas que están sucediendo en las escuelas de GJUESD. Sin embargo, hay ocasiones en las que los medios de comunicación buscan acceso a nuestras escuelas sobre temas más controvertidos. En todo momento, nuestro objetivo es mantener la seguridad y privacidad de los estudiantes.

Si desea que su hijo sea excluido de las historias de los medios, marque la casilla a continuación y firme el formulario. Tenga en cuenta que hay ocasiones en las que los medios de comunicación harán entrevistas o tomarán fotografías a los estudiantes fuera del campus o sin registrarse en la oficina principal. Este formulario solo actúa como una guía para la cobertura de los medios. No garantiza que su hijo no sea entrevistado ni fotografiado.

- ☐ **NO QUIERO** que los representantes de los medios publiquen / difundan entrevistas con fotografías / videos que identifiquen a mi hijo.

PUBLICACIÓN DE IMÁGENES Y NOMBRES DE ESTUDIANTES EN LAS HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN DIGITAL DE GJUESD

GJUESD ofrece una serie de oportunidades para publicitar eventos y logros positivos de la escuela y los estudiantes a través de las herramientas de comunicación digital del distrito y la escuela. Los padres tienen la opción de evitar que se publiquen las imágenes (fotos y video) y el nombre de sus hijos marcando el área a continuación. Es política del distrito al usar imágenes de estudiantes que los nombres y apellidos no se publiquen con la imagen.

La única excepción a esta regla es la publicación de fotos de los estudiantes con nombre y apellido en un sistema administrativo de GJUESD, como el sistema de información del estudiante (Synergy) o el sistema de la biblioteca. Estos son sistemas cerrados a los que solo los maestros, administradores y personal de apoyo limitado de GJUESD tienen acceso a través de inicios de sesión protegidos con contraseña. No hay opción de exclusión voluntaria de estos sistemas cerrados.

- ☐ **NO QUIERO** que la imagen y el nombre de mi hijo se publiquen a través de herramientas de comunicación digital de GJUESD.

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN ESTUDIANTEL

Página 2 de 2

Primer Nombre del estudiante

Apellido del estudiante

Maestro/Nombre del maestro de clase

Firma de padre/tutor

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO / INFORMACIÓN DEL ANUARIO

De conformidad con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y el Código de Educación de California, el Distrito puede divulgar información de directorio a ciertas personas u organizaciones, como se especifica en este manual, cuando se solicite. La información del directorio puede incluir el nombre del estudiante, fotografía, dirección, información de teléfono, dirección de correo electrónico, campo principal de estudio, participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura de los miembros de los equipos atléticos, fechas de asistencia, títulos y premios recibidos, y la escuela pública o privada más reciente a la que asistió. En el caso de estudiantes que han sido identificados con necesidades especiales o sin hogar, ningún material puede ser entregado sin el consentimiento del padre o tutor. Los padres y tutores pueden optar por no recibir la información del directorio de sus hijos marcando la casilla a continuación y firmando el formulario.

☐ **OPTION A:** Excluir de la información del directorio de estudiantes

☐ **OPTION B:** Excluir del anuario y de las listas de premios

INSTRUCCIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Cada año, las escuelas del Distrito ofrecen instrucción a los estudiantes de 5.º y 6.º grado sobre Crecimiento y Desarrollo. Esta instrucción se enfoca en los cambios del cuerpo, la higiene, el cuidado personal, la nutrición y la condición física. Si usted prefiere que su hijo(a) no participe en esta instrucción, por favor complete este formulario.

☐ **NO** deseo que mi hijo(a) participe en la instrucción sobre Crecimiento y Desarrollo. Prefiero que se le asignen actividades alternativas durante ese período.

PELÍCULAS Y VIDEOS

El Distrito tiene una política que limita los tipos de películas que se muestran en las aulas. Las películas clasificadas como PG-13 aprobadas por el Distrito pueden mostrarse solo a los grados 6-8. Si no desea que su hijo vea películas con clasificación PG-13 durante el año escolar 2026-2027, marque la casilla a continuación:

☐ **NO QUIERO** que mi hijo vea películas aprobadas con clasificación PG-13. Prefiero que a mi hijo se le asignen tareas alternativas.



2026-2027



www.galt.k12.ca.us.com

ÚNASE A UN COMITÉ ASESOR DEL DISTRITO

Galt Joint Union Elementary School District

¡AYUDE A GUIAR EL FUTURO DEL DISTRITO!

Los comités asesores sirven como enlaces entre las escuelas y el distrito escolar en relación con los esfuerzos de mejora del distrito escolar y la planificación del distrito. Los miembros incluyen a padres de familia, maestros, personal escolar, subdirectores, directores, personal de la oficina del distrito y el superintendente.

Comité Asesor del Distrito (DAC)

Las reuniones del DAC se llevan a cabo los siguientes jueves a las 3:30 p. m.

1. 26 de septiembre de 2026
2. 10 de diciembre de 2026
3. 14 de enero de 2027
4. 11 de marzo de 2027
5. 8 de abril de 2027
6. 13 de mayo de 2027

El DAC sirve en calidad de órgano asesor del distrito escolar y como enlace de comunicación entre las escuelas y la comunidad. Los miembros del DAC brindan aportes valiosos con respecto a los programas educativos del distrito y al Plan de Responsabilidad y Control Local (LCAP) del distrito.



Para obtener más información, comuníquese con el director de su escuela o con Kauai Bock en kbock@galt.k12.ca.us o al 209-744-4545 ext. 308.



Comité Asesor de Padres (PAC)

El PAC trata temas relacionados con la Educación Especial. Comparte información importante y ofrece talleres y actividades para apoyar la educación de los padres y las familias.

Las reuniones del PAC se llevan a cabo de 3:30 a 4:30 p. m. en los siguientes meses: la fecha está por determinar.

1. octubre de 2026
2. enero de 2027
3. marzo de 2027
4. mayo de 2027

Para obtener más información, comuníquese con el director de su escuela o con Kuljeet Nijjar en knijjar@galt.k12.ca.us o al 209-744-4545 ext. 303.



Comité Distrital de Aprendices de Inglés (DELAC)



El DELAC actúa como el Comité Asesor de Padres de Estudiantes Aprendices de Inglés. El DELAC también revisa y comenta el desarrollo y la actualización anual del Plan de Responsabilidad y Control Local (LCAP).



Las reuniones del DELAC se llevan a cabo los siguientes jueves a las 4:30 p. m.

Para obtener más información, comuníquese con el director de su escuela o con Laura Marquez en lmarquez@galt.k12.ca.us o al 209-745-256 ext. 303.



1. 26 de septiembre de 2026
2. 10 de diciembre de 2026
3. 14 de enero de 2027
4. 11 de marzo de 2027
5. 8 de abril de 2027
6. 13 de mayo de 2027

HOJA INFORMATIVA PARA los padres



¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción es un tipo de lesión cerebral que ocasiona cambios en la forma en que funciona el cerebro normalmente. Es causada por un golpe, un impacto o una sacudida en la cabeza. Las conmociones cerebrales también pueden ocurrir por un golpe en el cuerpo que haga que la cabeza y el cerebro se muevan bruscamente hacia adelante y hacia atrás. Hasta un golpe en la cabeza que parezca leve puede ser grave.

¿Cuáles son los signos y síntomas de una conmoción cerebral?

Las conmociones cerebrales no se pueden “ver”. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden manifestarse tan pronto como ocurra la lesión o puede que no aparezcan ni se noten sino hasta horas o días después. Es importante estar atento a cambios en la forma en que el niño o adolescente actúa o se siente, si los síntomas empeoran o si “simplemente no se siente bien”. La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin que haya pérdida del conocimiento.

Si su niño o adolescente indica que tiene uno o más de los signos o síntomas de conmociones cerebrales enumerados a continuación, o si usted nota estos síntomas, busque atención médica inmediatamente. Los niños y adolescentes están entre las personas con mayor riesgo de sufrir conmociones cerebrales.

Signos y síntomas de una conmoción cerebral

Signos observados por los padres o tutores:

- Parece aturdido o desorientado
- Está confundido con relación al incidente
- Responde a las preguntas con lentitud
- Repite las preguntas
- No puede recordar lo ocurrido *antes* del golpe o la caída
- No puede recordar lo ocurrido *después* del golpe o la caída
- Pierde el conocimiento (aunque sea por poco tiempo)
- Muestra cambios de conducta o de personalidad
- Se le olvida el horario de clases o las tareas a realizar

Síntomas reportados por su niño o adolescente

Área del razonamiento y la memoria

- Dificultad para pensar claramente
- Dificultad para concentrarse o recordar cosas
- Siente que todo lo hace más despacio
- Se siente débil, desorientado, aturdido, atontado o grogui

Área física

- Dolor de cabeza o “presión” en la cabeza
- Náuseas o vómitos
- Problemas de equilibrio o mareo
- Fatiga o cansancio
- Visión borrosa o doble
- Sensibilidad a la luz o al ruido
- Hormigueo o entumecimiento
- No se “siente bien”

Área emocional

- Irritable
- Triste
- Más sensible de lo usual
- Nervioso

Área del sueño*

- Adormecido
- Duerme *menos* de lo normal
- Duerme *más* de lo normal
- Tiene problemas para quedarse dormido

**Solo pregunte sobre síntomas relacionados con el sueño si la lesión ocurrió en días anteriores.*



Signos peligrosos

Esté atento por si los síntomas empeoran con el tiempo. Debe llevar inmediatamente a su niño o adolescente a la sala de emergencias si presenta lo siguiente:

- Tiene una pupila (la parte negra en el centro del ojo) más grande que la otra
- Está mareado o no se le puede despertar
- Tiene un dolor de cabeza persistente o que empeora
- Debilidad, entumecimiento o menor coordinación
- Náuseas o vómitos constantes
- Dificultad para hablar o pronunciar las palabras
- Convulsiones o ataques
- Dificultad para reconocer a personas o lugares
- Mayor confusión, inquietud o agitación
- Comportamiento anormal
- Pierde el conocimiento (las pérdidas del conocimiento deben considerarse como algo serio aunque sean breves)

Los niños y adolescentes que han sufrido una conmoción cerebral NUNCA deben regresar a participar en actividades deportivas o recreativas el mismo día en que ocurrió la lesión.

Deben esperar hasta que un profesional médico con experiencia en la evaluación de conmociones cerebrales les diga que está bien volver a realizar este tipo de actividades. Esto significa que no deben regresar a realizar:

- Clases de educación física (PE),
- Prácticas o juegos deportivos ni
- Actividades físicas durante el recreo

➤ ¿Qué debo hacer si mi niño o adolescente ha sufrido una conmoción cerebral?

- 1. Busque atención médica de inmediato.** Un profesional médico con experiencia en evaluar conmociones cerebrales puede determinar la gravedad de la conmoción y cuándo puede el niño o adolescente regresar de manera segura a realizar sus actividades normales, incluso las actividades escolares y físicas (actividades de aprendizaje y concentración).
- 2. Ayúdelos a que tomen tiempo para mejorarse.** Si su hijo sufre una conmoción cerebral, su cerebro necesitará tiempo para sanarse. Su hijo puede requerir limitar sus actividades mientras se recupera de una conmoción cerebral. El ejercicio o las actividades que requieran de mucha concentración, como estudiar, trabajar en la computadora o los juegos de video pueden causar que los síntomas de la conmoción cerebral (como dolor de cabeza o cansancio) reaparezcan o empeoren. Después de una conmoción cerebral, los profesionales médicos deben vigilar atentamente al niño al realizar actividades físicas y cognitivas, como las de concentración y aprendizaje.
- 3. Converse con su niño o adolescente acerca de como se están sintiendo.** Su hijo se puede sentir frustrado, triste y hasta con rabia por no poder regresar a realizar sus actividades deportivas o recreativas inmediatamente, o por no poder mantenerse al día con las clases. Su hijo también puede sentirse aislado de sus compañeros y redes sociales. Hable con su niño sobre estos temas y ofrézcale apoyo y ánimo.

➤ ¿Cómo puedo ayudar a mi hijo a regresar a la escuela sin peligro después de una conmoción cerebral?

Ayude a que su niño o adolescente reciba el apoyo necesario cuando regrese a la escuela después de sufrir una conmoción cerebral. Hable con los maestros, la enfermera escolar, el entrenador, los patólogos del lenguaje o el consejero escolar acerca de la conmoción cerebral que sufrió su hijo y los síntomas que tuvo.

El médico de su niño o adolescente puede utilizar la información en la carta “CDC Letter to Schools” para entender que estrategias existen para regresar al colegio.

Your child's or teen's healthcare provider can use CDC's Letter to Schools (https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/pediatricmtbiguidelineeducationaltools/mTBI_ReturntoSchool_FactSheet-Pin.pdf) to provide strategies to help the school set up any needed supports.

La ayuda o apoyo adicional que recibe el niño se puede retirar gradualmente al disminuir los síntomas. Los niños y adolescentes que regresen a la escuela después de sufrir una conmoción cerebral necesitan:

- Tomar descansos según lo requieran
- Estar menos tiempo en la escuela
- Tener más tiempo para tomar exámenes o realizar tareas
- Recibir ayuda para realizar las tareas y
- Disminuir el tiempo en que usan la computadora, leen o escriben
- Suspender toda actividad de recreo, educación física y deportes, hasta que se reciba autorización del médico.
- Realizar menos trabajo académico.
- Evitar situaciones con mucho ruido o que haya exceso de estimulación.

Para aprender más sobre las conmociones cerebrales vaya a www.cdc.gov/HEADSUP (en inglés). o llame al 1.800.CDC.INFO

Enero de 2021



LOS HECHOS SOBRE EL

FENTANILO

El fentanilo es un opioide sintético que es hasta **50 veces más fuerte que la heroína y 100 veces más fuerte que la morfina**. Es uno de los principales contribuyentes a las sobredosis fatales y no fatales en los Estados Unidos.

El fentanilo es un opioide sintético que está hasta

50x

Más fuerte que le heroína

100x

Más fuerte que la morfina

ADVERTENCIA

Las plataformas de redes sociales se están utilizando para promocionar drogas sintéticas, como el fentanilo, entre los niños.

Hay dos tipos de fentanilo: Fentanilo farmacéutico y fentanilo fabricado ilícitamente. Ambos se consideran opioides sintéticos. El fentanilo farmacéutico es recetado por los médicos para tratar el dolor intenso, especialmente después de la cirugía y para el cáncer en etapa avanzada. Sin embargo, los casos más recientes de sobredosis de fentanilo están relacionados con fentanilo fabricado ilícitamente, que se distribuye a través de los mercados ilegales de drogas por su efecto similar a la heroína. A menudo se agrega a otras drogas debido a su potencia extrema, lo que hace que las drogas sean más baratas, más poderosas, más adictivas y más peligrosas.

Fentanilo Fabricado Ilícitamente

El fentanilo fabricado de forma ilícita (IMF) está disponible en el mercado de medicamentos en diferentes formas, incluidos líquidos y en polvo. Las drogas mezcladas con fentanilo son extremadamente peligrosas y muchas personas pueden no saber que sus drogas son mezcladas con fentanilo.



El **Fentanilo en polvo** se parece a muchas otras drogas. Comúnmente se mezcla con drogas como heroína, cocaína y metanfetamina y se convierte en píldoras que se hacen para parecerse a otros opioides recetados.



En su **forma líquida**, IMF se puede encontrar en aerosoles nasales, gotas para los ojos o se deja caer sobre el papel como pequeñas velas.

Nombres para el fentanilo en las calles: Apache, Dance Fever (fiebre de la danza), Friend (amigo), Goodfellas, Jackpot (premio mayor), Murder 8 (asesinato 8), Tango y cash (dinero-plata)

LOS MEDICAMENTOS NO VIENEN

CON UNA LISTA DE INGREDIENTES

MUCHOS CONTIENEN DOSIS

MORTALES DE FENTANILO

FENTANILO Y SOBREDOSIS

El Fentanilo y otros opioides sintéticos son las drogas más comunes involucradas en las muertes por sobredosis. Incluso en pequeñas dosis, puede ser mortal.

150

Más de 150 personas mueren cada día por sobredosis relacionados a opioides sintéticos como el fentanilo.

Los medicamentos pueden contener niveles mortales de fentanilo, y usted no podría verlos, saborearlos u olerlos. Es casi imposible saber si las drogas se mezclaron con fentanilo a menos que usted haga una prueba de sus drogas con tiras de prueba de fentanilo. Las tiras de prueba son baratas, por lo general dan resultados en 5 minutos, y pueden ser la diferencia entre la vida o la muerte. Incluso si la prueba es negativa, se debe tener precaución, ya que las tiras reactivas podrían no detectar fármacos similares al fentanilo más potentes, como el carfentanilo.

SEÑALES DE SOBREDOSIS

Reconocer las señales de sobredosis de opioides puede salvar una vida. Aquí hay algunas cosas que debe buscar:

- pequeñas, constreñidas "pupilas puntiformes"
- quedarse dormido o perder el conocimiento
- Respiración lenta, débil o nula
- Sonidos de asfixia o gorgoteo
- Cuerpo flácido
- Piel fría, húmeda y/o decolorada

QUÉ HACER SI CREE QUE ALGUIEN ESTÁ TOMANDO UNA SOBREDOSIS

1

Llame al 911 inmediatamente

2

Administrar naloxona, si está disponible.

3

Trate de mantener a la persona despierta y respirando

4

Acueste a la persona de lado para evitar que se ahogue.

5

Quédese con ellos hasta que lleguen los trabajadores de emergencia.



PARO CARDÍACO REPENTINO:

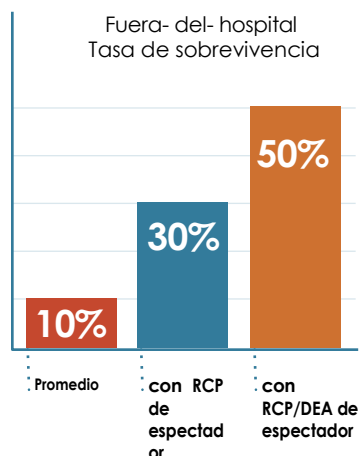
TÚ PUEDES SALVAR UNA VIDA

El paro cardíaco repentino (paro cardíaco repentino, SCA) es una emergencia potencialmente mortal que se produce cuando el corazón **deja de latir repentinamente**. Cuando ocurre un paro cardíaco repentino, la persona colapsa y no responde ni respira normalmente. Pueden jadear o temblar como si tuvieran una convulsión.

Paro Cardíaco Repentino NO ES igual que un ataque cardíaco

VÍCTIMA SCA:	VÍCTIMA DE ATAQUE CARDÍACO:
• Inconsciente	• Receptivo
• No respira normalmente	• Respirando
• Necesita RCP/DEA	• No necesita RCP/DEA

LA ACCIÓN DE ESPECTADORES SALVA VIDAS



LOS HECHOS IMPACTANTES

El **paro cardíaco repentino (SCA)** es una crisis nacional de salud pública afectando **1,000 personas fuera de los hospitales cada día**. Afecta a personas de todas las edades que pueden parecer saludables, incluso niños y adolescentes.

Hoy solo **1 en cada 10** sobrevive una Paro Cardíaco Repentino



Si se da CPR y usan DEA inmediatamente, **5 en cada 10** podrían sobrevivir



7 EN CADA 10 SCAs OCURREN EN CASA.

Usted podría salvar la vida de un ser querido iniciando la RCP.

CADENA DE SOBREVIVENCIA

La supervivencia de la SCA depende de las acciones rápidas de personas cercanas.

— LAY RESCUER —

— PROFESSIONAL RESPONDER —

— SURVIVOR —



911

Si una persona no responde y no respira normalmente, llame al 911.



Iniciar CPR

Empuje fuerte y rápido en el centro del pecho.



Use AED

Use un DEA para reanimar el Corazón.



Respuesta

EMS proporciona soporte vital avanzado y transporte al hospital.



Cuidado

El equipo médico proporciona atención integrada posterior al paro cardíaco.



Recuperación

El equipo de apoyo aborda las necesidades físicas, sociales, emocionales de los sobrevivientes y sus familias.



CADA SEGUNDO CUENTA

La SCA conduce a la muerte en minutos si la persona no recibe ayuda de inmediato por cada minuto que pasa, las probabilidades de supervivencia disminuyen en un 10%.



Sudden Cardiac
Arrest Foundation

Para más información en sca-aware.org. Síguenos en:

Proud Co-Sponsor of the **CallPushShock**™ Movement



Fuente de: Heart Disease and Stroke Statistics—2022 Update: A Report from the American Heart Association © 2022 Sudden Cardiac Arrest Foundation. Todos los derechos reservados.



DIABETES TIPO 1

¿Qué es la diabetes tipo 1?

Si tienes diabetes tipo 1, tu páncreas no produce insulina o produce muy poca. La insulina es una hormona que ayuda a que el azúcar en la sangre entre a las células del cuerpo, donde se puede usar como fuente de energía. Sin insulina, el azúcar en la sangre no puede entrar a las células y se acumula en el torrente sanguíneo. Tener niveles altos de azúcar en la sangre es dañino para el cuerpo y causa muchos de los síntomas y las complicaciones de la diabetes.

La diabetes tipo 1 (que antes se llamaba diabetes insulino dependiente o diabetes juvenil) generalmente se diagnostica en los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes, pero puede presentarse en personas de cualquier edad.

La diabetes tipo 1 es menos común que la diabetes tipo 2; la tienen aproximadamente entre el 5 y el 10 % de las personas con diabetes. En la actualidad, nadie sabe cómo prevenir la diabetes tipo 1; esta enfermedad se puede manejar al

- Seguir las recomendaciones del médico para llevar un estilo de vida saludable.
- Manejar los niveles de azúcar en la sangre
- Hacerse chequeos regularmente
- Conseguir educación y apoyo para el automanejo de la diabetes.

¿Qué causa la diabetes tipo 1?

Se piensa que la diabetes tipo 1 es causada por una reacción autoinmunitaria (el cuerpo se ataca a sí mismo por error) que destruye las células del páncreas que producen la insulina. Estas células se llaman células beta. Este proceso puede suceder durante meses o años antes de que aparezca algún síntoma.

Algunas personas tienen ciertos genes (rasgos que se pasan de padres a hijos) que hacen que sea más probable que presenten diabetes tipo 1; sin embargo, muchas no la tendrán, aunque tengan los genes. **También se cree que la exposición a un desencadenante en el ambiente, como un virus, podría tener algo que ver con la diabetes tipo 1.**



DIABETES TIPO 1

La Diabetes tipo 1 es una enfermedad autoinmune que pone en peligro la vida, en la cual el páncreas produce muy poca o nula insulina. La insulina es necesaria para vivir. Aunque el inicio de la Diabetes tipo 1 puede ocurrir a cualquier edad, muchos son diagnosticados siendo niños o adolescentes.

4 SÍNTOMAS PRINCIPALES:

- Sed extrema
- Debilidad/Fatiga
- Micciones frecuentes
- Pérdida de Peso

Síntomas y factores de riesgo

Pueden pasar varios meses o años antes de que se destruyan suficientes células beta y se noten los síntomas de la diabetes tipo 1. Estos síntomas pueden aparecer en apenas unas semanas o unos meses. Una vez que aparecen, pueden ser intensos.

Algunos síntomas de la diabetes tipo 1 son similares a los de otras afecciones. No adivines: si crees que podrías tener diabetes tipo 1, ve a tu médico de inmediato para que te haga una prueba del nivel de azúcar en la sangre. La diabetes que no se trata puede llevar a problemas de salud muy graves, incluso mortales.

Los factores de riesgo de la diabetes tipo 1 no son tan claros como los de la prediabetes y los de la diabetes tipo 2; sin embargo, se sabe que los antecedentes familiares tienen algo que ver.

Pruebas para detectar la diabetes tipo 1

Una simple prueba de sangre te permitirá saber si tienes diabetes. Si te hicieron una prueba del nivel de azúcar en la sangre en una feria de salud o en una farmacia, haz el seguimiento en un centro o consultorio médico para asegurarte de que los resultados sean correctos.

Si tu médico cree que tienes diabetes tipo 1, es posible que también te haga un análisis de autoanticuerpos (sustancias que indican si tu cuerpo se está atacando a sí mismo) que frecuentemente están presentes en la diabetes tipo 1, pero no en el tipo 2. Además, te puede hacer un análisis de orina para detectar cetonas (que se producen cuando el cuerpo quema grasas como fuente de energía), que también indican que se trata de la diabetes tipo 1, en lugar de la diabetes tipo 2.



NO ASUMA QUE ES UN VIRUS

Pregunte A su doctor sobre la prueba de crina o de sangre capilar para descartar Diabetes Tipo 1.



LA DIABETES TIPO 2

La diabetes tipo 2

Más de 37 millones de personas en los Estados Unidos tienen diabetes (cerca de 1 en cada 10), y aproximadamente del 90 al 95% de ellos no sabe que tiene la diabetes tipo 2. La diabetes tipo 2 generalmente aparece en personas de más de 45 años, pero está apareciendo cada vez más en los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes.

Causas

El páncreas produce una hormona llamada insulina, que actúa como una llave que permite que el azúcar en la sangre entre a las células del cuerpo para que estas la usen como energía. Si usted tiene diabetes tipo 2, las células no responden de manera normal a la insulina; a esto se lo llama resistencia a la insulina. Para tratar de hacer que las células respondan, el páncreas produce más insulina, pero no podrá mantener el ritmo y los niveles de azúcar en su sangre subirán, lo cual crea las condiciones propicias para la prediabetes y la diabetes tipo 2. Tener niveles altos de azúcar en la sangre es dañino para el cuerpo y puede causar otros problemas de salud graves, como enfermedad del corazón, pérdida de la visión y enfermedad de los riñones.

Síntomas y factores de riesgo

Los síntomas de la diabetes tipo 2 generalmente van apareciendo a lo largo de varios años y pueden estar presentes durante mucho tiempo sin que se noten (a veces no habrá ningún síntoma notorio). Y debido a que los síntomas pueden ser difíciles de identificar, es importante saber cuáles son los factores de riesgo y que vea a su médico para que le haga un análisis de sangre si tiene alguno.



LA DIABETES TIPO 2 Y LOS JÓVENES

Las tasas de obesidad infantil están aumentando, y también están aumentando las tasas de diabetes tipo 2 en los jóvenes. Más del 75 % de los niños con diabetes tipo 2 tienen un pariente cercano que también la tiene. Pero no siempre es solo por la relación familiar, a veces puede también ser porque comparten ciertas costumbres que pueden aumentar el riesgo. Los padres pueden ayudar a prevenir o retrasar la diabetes tipo 2 si hacen un plan para toda la familia, que incluya:

- *Beber más agua y menos bebidas azucaradas.*
- *Comer más frutas y verduras.*
- *Preparar sus alimentos preferidos de manera más saludable.*
- *Hacer que la actividad física sea más divertida.*

Los cambios de estilo de vida saludables se convierten más fácilmente en hábitos cuando todos los hacen juntos.

Detección

Puede averiguar si tiene diabetes con un sencillo análisis de sangre. Si le revisaron el nivel de azúcar en la sangre en una feria de salud o en una farmacia, haga seguimiento en un centro médico o el consultorio de su médico para verificar que esos resultados hayan sido correctos.

Manejo

A diferencia de la forma en que se manejan muchas otras afecciones, será principalmente usted quien maneja la diabetes con la ayuda de su equipo de atención médica (que incluye a su médico de atención primaria, médico de los pies, dentista, médico de los ojos, nutricionista dietista certificado, educadora sobre la diabetes y farmacéutico), su familia y otras personas importantes de su vida. El manejo de la diabetes puede ser un desafío, pero todo lo que haga para mejorar la salud ¡vale la pena!

SÍNTOMAS:

- *Necesidad de orinar (hacer pis) con mucha frecuencia, y también durante la noche*
- *Mucha sed*
- *Pérdida de peso sin intentarlo*
- *Mucha hambre*
- *La visión borrosa*
- *Hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies*
- *Mucho cansancio*
- *La piel muy seca*
- *Llagas que cicatrizan muy lentamente*
- *Más infecciones de lo habitual*



LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE ES SU RECETA PARA CONTROLAR LA DIABETES.



Galt Joint Union Elementary School District

Precios de Admisión

Precios de admisión para Eventos Deportivos

<u>Precios de entradas individuales</u>	<u>Adulto</u>	<u>Estudiante (K-12)</u>
Eventos deportivos de la escuela Intermedia	\$4.00	\$2.00

Todas las ganancias son designadas directamente a nuestros estudiantes en forma de arbitraje, compras de equipos y compras de uniformes en la Escuela Intermedia Robert L. McCaffrey.
