



## 2023-24 FORMULARIOS Y NOTIFICACIONES REQUERIDOS

17 de Agosto de 2023

*Estimado Padre/Guardián,*

*En un esfuerzo para mantenerlo informado de procedimientos, leyes y pólizas, una Guía de información para los padres ha sido preparada para su revisión. 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](http://www.galt.k12.ca.us).*

**Por favor complete los formularios adjuntos y entregue al maestro de su hijo o a la oficina escolar.**

### **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. Comités Asesores
- 10. Encuesta California Healthy Kids – únicamente 7<sup>mo</sup> y 8<sup>vo</sup> grado
- 11. Forma de Exclusión Estudiantil pág. 1
- 12. Forma de Exclusión Estudiantil pág. 2
- 13. Solicitud de Voluntario

### **NOTIFICACIONES REQUERIDAS**

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

### **INFORMATIVO**

- 19. Cuota de deportes de la escuela intermedia

*Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de la Guía de Información para Padres, por favor comuníquese con la escuela de su hijo o con la oficina del distrito. ¡Su tiempo al revisar y completar esta información es valorado para comenzar nuestro nuevo año escolar de manera efectiva!*

*Sinceramente,*

A handwritten signature in black ink that reads "Lois Yount".

*Lois Yount, Superintendente*

# 2023-2024

## 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 2023-2024 (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](http://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: \_\_\_\_\_

Grado: 5º o 6º

(favor de escribir el nombre con letra de molde)

# AÑO ESCOLAR 2023-2024

## 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.

**Lo siguiente son los costos estimados de las piezas y el reemplazo de Chromebook:**

- Reemplazo total de Chromebook: \$300
- Reemplazo de Pantalla: \$25
- Reemplazo teclado/pantalla táctil: \$20
- Reemplazo de la batería: \$20
- Reemplazo de cable eléctrico: \$25
- Reemplazo de bolsa Chromebook: \$15

**Entendemos que somos responsables de los daños y se nos cobrará el costo estimado de las piezas de Chromebook y el reemplazo total.**

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

- El niño/a tiene acceso a una computadora portátil o computadora en casa
- El niño/a tiene acceso a internet
- Chrome se utiliza como navegador web en el dispositivo en casa.
- El dispositivo puede acceder Google Apps (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

# 2023-2024

## 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

## Recopilación de datos de ingresos del Hogar **Distrito Escolar de las Escuelas Primarias de Galt 2023-2024**

Nombre del niño(s) que asisten a una escuela pública K-12 de California			Escuela a la que asiste el estudiante	Maestro	Grado
Apellido	Primer Nombre	# De Identificación			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Consulte la información adicional en la parte posterior de este formulario para obtener ayuda para determinar la cantidad de integrantes de su hogar, el ingreso anual del hogar y el Programa de Asistencia.

1. ¿Algún miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en Cal Fresh, CalWorks o, FDPIR? En caso afirmativo, marque la casilla del programa correspondiente, ingrese el número de caso y omita las preguntas 2 y 3.
2.  Cal Fresh    CalWORKs (TANF)    FDPIR      **Número de Caso:** \_\_\_\_\_
3. Total, de ingresos del hogar: \$ \_\_\_\_\_  Semanal    Cada dos semanas    2 veces por mes    Mensual    Anual
4. Favor de circular el número total de adultos y niños que viven en su hogar:    **1   2   3   4   5   6   7   Otro:** \_\_\_\_\_

*Certifico (prometo) que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que proporciono en este formulario es verdadero y que he incluido todos los ingresos. Entiendo que la escuela podría recibir fondos federales y estatales basados en la información que proporcionó y que dicha información podría estar sujeta a revisión.*

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro adulto del hogar que completo este formulario

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del miembro adulto del hogar que completo este formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha

Número de teléfono particular

Número del teléfono celular

Correo electrónico

### **¿ A quién debo incluir en la “cantidad de integrantes del hogar”?**

Debe incluirse a usted mismo y a todas las personas que viven en su hogar, relacionadas o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros familiares o amigos) que comparten ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos y que pagan una cuota proporcional de los gastos) **no** los incluya.

### **¿ Qué está incluido en el “total de ingresos del hogar”?** El total de ingresos del hogar incluye todo lo siguiente:

- **Ingresos brutos del empleo:** Utilice sus ingresos, no la paga que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que gana de impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esta información en su recibo de pago, o si no está seguro, su supervisor puede brindarle esta información. Solo debe declarar el ingreso neto para los ingresos generados por algún negocio, granja o alquiler de bienes de su propiedad.
- **Asistencia social, Manutención de niños, Pensión alimenticia :** Incluya a la cantidad que cada persona que vive en su hogar recibe de Manutención de niños y Pensión Alimenticia. Si actualmente participa en Cal Fresh, CalWORKs, FDPIR o TANF, marque la casilla del programa aplicable, introduzca el número de caso y omita las preguntas 2 y 3
- **Pensiones, retiro, Seguro social, ingreso suplementario de seguridad (SSI),beneficios para veteranos (VA) , Y beneficios por discapacidad:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes.
- **Todos los demás tipos de ingresos :** Incluye la compensación por accidentes laborales, los beneficios por desempleo huelga, las contribuciones regulares de personas que no vivan en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba. No incluye los ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales o pagos por el cuidado adoptivo temporal (conocido como Foster care) que reciban los integrantes de su hogar.
- **Subsidios de Vivienda para militares y paga por combate :** Incluye los subsidios de vivienda fuera de la base. No incluye la paga por la iniciativa vivienda militar privatizada o la paga por combate.
- **Paga de horas extras:** Incluye la paga de horas extras SÓLO si la recibe regularmente.

### **¿Cómo declaro los ingresos del hogar por la paga que recibo semanalmente, dos veces al mes, cada dos semanas, mensual y anualmente?**

- Determine cada fuente de ingresos del hogar según las definiciones anteriores. Los hogares que reciben ingresos en diferentes intervalos de tiempo deben anualizar sus ingresos de la siguiente manera:
  - Si se le paga mensualmente, multiplique el pago total por 12
  - Si se le paga dos veces al mes, multiplique el total por 24
  - Si se le paga por quincena (cada dos semanas), multiplique el pago por 26
  - Si se paga semanalmente, multiplique el pago total por 52
- Sume todos los pagos anualizados (por año) para determinar el ingreso total anual del hogar Parte II, 2.

Si sus ingresos cambian, incluya los salarios/sueldos que recibe regularmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1,000 cada mes, pero faltó de trabajo el mes pasado y ganó \$900, anote que ganó \$1,000 por mes. Solo incluye el pago de horas extras si lo recibes de forma regular. Si ha perdido su trabajo o ha tenido sus horas o salarios reducidos, ingrese cero o su ingreso reducido actual.

**Para obtener información adicional sobre el tamaño del hogar y el ingreso bruto del hogar, consulte el Manual de elegibilidad para comidas escolares en los Estados Unidos Departamento de Agricultura Guía y recursos visite la página web: <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.**

## CUESTIONARIO DE VIVIENDA

<b>Nombre del Estudiante:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Escuela:</b>	<b>Maestro:</b>

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.***

<b>Nombre de Padre/Tutor Legal:</b>	<b>Firma:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Número de teléfono:</b>

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: Jane Kinner, Trabajadora Social Escolar; [jkinner@galt.k12.ca.us](mailto:jkinner@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](http://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 envíe un correo electrónico a [application@peinsurance.com](mailto:application@peinsurance.com)

Todos los planes son <b>UN SOLO PAGO ANUALMENTE</b>		
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 y entregue inmediatamente al maestro de su hijo.**

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

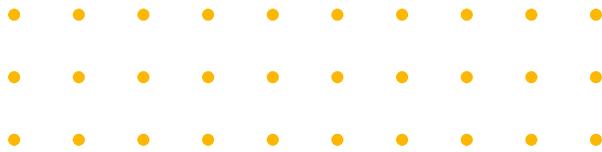
\_\_\_\_\_  
Nombre de padre/ tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Distrito Escolar de las Escuelas Primarias de Galt



# ¡CÓMO PARTICIPAR!

## COMITÉS CONSULTIVOS

Los comités asesores sirven como enlace entre la escuela y la comunidad con respeto a los esfuerzos de mejoría del distrito escolar y la planificación del distrito. Los miembros incluyen padres, maestros, personal escolar, subdirectores, directores, personal de la oficina del distrito y el Superintendente.

COMITÉ CONSULTIVO DEL DISTRITO (DAC)	COMITÉ CONSULTIVO DE APRENDICES DE INGLÉS DEL DISTRITO (DELAC)	COMITE ASESOR DE PADRES (PAC)
<p>El DAC sirve como asesor del distrito escolar y como enlace de comunicación entre las escuelas y la comunidad. Los miembros del DAC brindan información del Distrito y el Plan de Responsabilidad del Control Local del Distrito.</p> <p><b>2023-24 Reuniones</b> se llevarán a cabo los jueves a las 3:30pm Ubicación por determinar</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 12 de octubre, de 2023</li> <li>2. 14 de diciembre, de 2023</li> <li>3. 11 de enero, de 2024</li> <li>4. 8 de febrero, de 2024</li> <li>5. 14 de marzo, de 2024</li> <li>6. 11 de abril, de 2024</li> <li>7. 9 de mayo, de 2024</li> </ol> <p>Para obtener más información , favor de contactar el director de su escuela o Kauai Bock correo electrónico <a href="mailto:kbock@galt.k12.ca.us">kbock@galt.k12.ca.us</a> o 209-744-4545 ext. 308</p>	<p>El DELAC actúa como el comité asesor de padres de estudiantes de inglés. El DELAC También revisa y comenta sobre el desarrollo y la actualización anual del Plan de Control Local y Responsabilidad.</p> <p><b>2023-24</b> Las reuniones se llevarán a cabo los siguientes jueves a las 5 pm. Ubicación por determinar</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 12 de octubre, de 2023</li> <li>2. 14 de diciembre, de 2023</li> <li>3. 11 de enero, de 2024</li> <li>4. 8 de enero, de 2024</li> <li>5. 14 de marzo, de 2024</li> <li>6. 11 de abril, de 2024</li> <li>7. 9 de mayo, de 2024</li> </ol> <p>Para obtener más información, favor de contactar el director de su escuela o Claudia Del Toro-Anguiano correo electrónico <a href="mailto:cdeltoro@galt.k12.ca.us">cdeltoro@galt.k12.ca.us</a> o 209-744-4545 ext. 307</p>	<p>El PAC analiza temas relacionados con la educación especial, comparte información importante y ofrece talleres y actividades para ayudar con la educación de los padres y familia.</p> <p><b>2023-24</b> Las reuniones se llevarán a cabo el tercer jueves del mes Ubicación por determinar</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 26 de octubre, de 2023</li> <li>2. 18 de enero, de 2024</li> <li>3. 21 de marzo, de 2024</li> <li>4. 16 de mayo de 2024</li> </ol> <p>Para obtener más información, favor de contactar el director de su escuela o Kuljeet Nijjar a través de correo electrónico <a href="mailto:knijjar@galt.k12.ca.us">knijjar@galt.k12.ca.us</a> o 209-744-4545 ext. 303 para más información.</p>

**Si usted está interesado en participar en alguno de estos comités, por favor complete la información a continuación, y la persona designada correspondiente se comunicará con usted. Gracias.**

Nombre de Padre/tutor	Correo electrónico	Número de teléfono	Escuela la cual asiste su hijo/a

# CONSENTIMIENTO PARA LA ENCUESTA NIÑOS SALUDABLES DE CALIFORNIA

AÑO ESCOLAR 2023-2024 (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](http://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: Lori Jones en 209-744-4545 x 332 o [ljones@galt.k12.ca.us](mailto:ljones@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: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE EXCLUSIÓN ESTUDIANTIL

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 ESTUDIANTIL

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.

- OPCIÓN A:** NO se divulga información del directorio de estudiantes, incluido NO el anuario y las listas de premios.
- OPCIÓN B:** NO se divulga generalmente información de directorio de estudiantes; Sí se puede incluir en el anuario y listas de premios.

## EDUCACIÓN PARA LA VIDA FAMILIAR

Cada año, las escuelas del distrito ofrecen una unidad en Educación para la Vida Familiar a los estudiantes en los grados 5 y 6. El plan de estudios de la vida familiar del Distrito se basa en la abstinencia y reconoce a la familia como el principal proveedor de educación para la vida familiar. Según la ley estatal, los padres tienen derecho a excusar a sus hijos del Programa de Vida Familiar. Si no desea que su hijo participe en el Programa de vida familiar durante el año escolar 2023-24, marque la casilla a continuación y firme el formulario.

- NO QUIERO** que mi hijo participe en el programa de la vida familiar. Prefiero que a mi hijo se le asignen tareas alternativas.

## 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 2023-2024, 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.

## SOLICITUD DE VOLUNTARIO (TK-8)

**El solicitante debe adjuntar una copia actual de su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal válida con una fotografía clara y resultados de TB. (prueba de la tuberculosis)**

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Fecha de Nacimiento :	Dirección:	
Número de teléfono:	# de Licencia de conducir:	
Sitio(s) escolar(es) de voluntario:	Por favor, marque los días programados en el sitio escolar: Lun Mar Mie Jue Vie	

### **ANTECEDENTES CRIMINALES:**

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave o delito menor, o actualmente tiene un cargo de delito grave o delito menor pendiente?

En caso afirmativo, por favor explique. Puede omitir infracciones de tráfico menores. Conducir ebrio o imprudente no es una ofensa menor. (La existencia de antecedentes penales no te impide automáticamente ser voluntario. Sin embargo, no informar es causa de descalificación o despido.) Para los adultos que acompañen un viaje de estudiante durante la noche se requiere la autorización de huellas dactilares del Departamento de Justicia a través de la oficina del Distrito.

### **AUTORIZACIÓN DE LA LEY MEGAN:**

Cada adulto que desee participar en una actividad escolar o de salón de clase o ser acompañante de una excursión debe ser aprobado a través de la base de datos de leyes de Megan. El sitio escolar llevará a cabo una verificación de datos de la Ley de Megan. El sitio llevará a cabo una verificación de antecedentes de la Ley de Megan. (Penal code 290).

### **CONFIDENCIALIDAD:**

Entiendo que en el curso de mi asociación con el Distrito Escolar de las Escuelas Primarias de Galt, comparto la responsabilidad de mantener la confidencialidad información de cualquier empleado o estudiante que pueda tener disponible para mí. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar los derechos y la confidencialidad de la información tanto escrita como verbal.

Además, entiendo que, en el desempeño de mis funciones, no debo discutir información académica u otra información confidencial con respecto a estudiantes o empleados con nadie. Cualquier incumplimiento de la confidencialidad será cuidadosamente revisado y si es justificada puede resultar en la terminación de la participación de voluntario en el Distrito Escolar.

### **LIBERACIÓN DE TB (aplicable si se trabaja con estudiantes de forma regular):**

El Distrito Escolar de las Escuelas Primaria de Galt requiere que todos los empleados y voluntarios que están trabajando directamente con los estudiantes deben presentar un resultado de Verificación de Tuberculosis Cálida que se ha tomado dentro de los últimos cuatro (4) años. Las verificaciones de tuberculosis son válidas por cuatro (4) años. Por favor envíe una copia de su reciente resultado de la prueba de TB a su escuela cuando devuelva su Formulario de Registro de Voluntarios completado. (Para que su solicitud esté completa, debe presentar comprobante de un resultado negativo de la prueba de TB.)

### **COBERTURA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES:**

Esto es para aconsejarle que el Distrito Escolar de las Escuelas Primarias de Galt ha adoptado una resolución de la Mesa Directiva para cubrir a los voluntarios autorizados con el propósito de los beneficios de Compensación de Trabajadores. Los beneficios de Compensación de Trabajadores se proporcionarán de acuerdo con el Código Laboral de California por cualquier lesión o enfermedad sufrida mientras se involucra en los servicios del Distrito Escolar de las Escuelas Primarias de Galt.

Si se lesiona mientras presta servicios en esta capacidad, y por lo tanto está cubierto por nuestro Programa de Compensación para Trabajadores, debemos informarle que no sería elegible para presentar ninguna demanda civil, acción o procedimiento.

Al firmar este documento, usted reconoce que los beneficios de Compensación para Trabajadores serán el único recurso y acepta renunciar a cualquier responsabilidad civil.

**FIRMA DEL SOLICITANTE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

School Acknowledgement by:

Principal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ District Office: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

To be completed by site personnel:

Megan's Law Cleared: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cleared by: \_\_\_\_\_ Date of Negative TB Test: \_\_\_\_\_



## ¿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](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](http://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

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 MEDICAMENTO 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 descolorida

## 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:

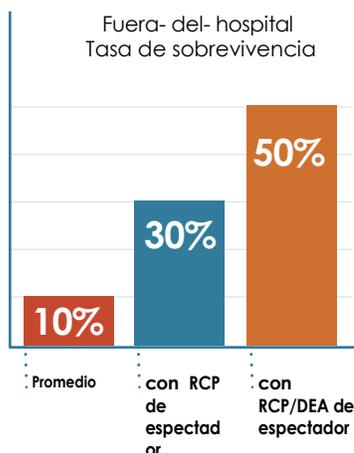
## TÚ PUEDES SALVAR UNA VIDA

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 CARDIACO:
• Inconsciente	• Receptiva
• No respira normalmente	• Respirando
• Necesita RCP/DEA	• No necesita RCP/DEA

### LA ACCION 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 OCCURREN 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%.



# 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. **La alimentación y los hábitos de estilo de vida no causan 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 SINTOMAS 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 orina 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.

---