

**Distrito escolar de Issaquah**  
**Formulario para reportar incidentes de la prohibición**  
**contra el hostigamiento, la intimidación y el acoso**

**Persona que reporta** (Opcional): \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**Estudiantes involucrados:**

\_\_\_\_\_

**Su dirección de correo electrónico** (opcional):

\_\_\_\_\_

**Su número de teléfono** (opcional): \_\_\_\_\_ **Mejor forma de comunicarse con usted:**

**teléfono**  **correo** **Nombre del adulto de la escuela con el que se comunicó** (en su caso):

\_\_\_\_\_

**Nombres de los supuestos agresores** (si los conoce):

\_\_\_\_\_

**Marque la casilla si este es el Primer incidente.**  **Marque esta casilla si ha sido continuo.** **¿Durante cuánto tiempo?** \_\_\_\_\_

**¿En qué fechas sucedieron los incidentes** (si los conoce)? \_\_\_\_\_

**¿Dónde sucedió el incidente?** Marque todas las opciones que correspondan:

- Salón de clases  Pasillo  Baño  Patio  Vestuarios  Comedor  Campo deportivo
- Estacionamiento  Autobús escolar  Por Internet  Por celular  Durante una actividad escolar  Fuera de las instalaciones de la escuela
- En camino de ida o vuelta a la escuela  Otro (describa):
- \_\_\_\_\_

**Marque todas las siguientes opciones que correspondan:**

<input type="checkbox"/> Golpear, patear, empujar, escupir, jalar del cabello, tocar, agarrar o aventar algo al estudiante	<input type="checkbox"/> Ordenar a otra persona que golpee o dañe al alumno	<input type="checkbox"/> Daño físico y amenazas
<input type="checkbox"/> Bloqueo de movimientos	<input type="checkbox"/> Intimidación dirigida hacia mí	<input type="checkbox"/> Exclusión o rechazo al alumno
<input type="checkbox"/> Gestos groseros o amenazantes	<input type="checkbox"/> Divulgación de rumores o chismes perjudiciales	<input type="checkbox"/> Causa de que mi entorno se sienta amenazado
<input type="checkbox"/> Causa de que el alumno se sienta temeroso, exigencia de dinero o explotación	<input type="checkbox"/> Daño a mi propiedad	<input type="checkbox"/> Escritura o grafiti ofensivos
<input type="checkbox"/> Bromas pesadas	<input type="checkbox"/> Comentarios irrespetuosos	<input type="checkbox"/> Comentarios despectivos
<input type="checkbox"/> Apodos	<input type="checkbox"/> Insultos raciales	<input type="checkbox"/> Insultos sobre el género
<input type="checkbox"/> Insultos sobre la orientación sexual	<input type="checkbox"/> Bromas o comentarios sexuales	<input type="checkbox"/> Ciberacoso (llamadas, mensajes de texto, correos electrónicos, publicaciones en redes sociales, etc.).
<input type="checkbox"/> Conducta repetida	<input type="checkbox"/> Otro, describa:	

**Descripción del incidente o situación** (Use la siguiente páginas, si es necesario)

¿Por qué cree que sucedió?

---

¿Hubo testigos?  Sí  No Si es así, escriba los nombres: \_\_\_\_\_ ¿Este incidente provocó una lesión física?  Sí  No Si es así, describa:

---

¿El alumno afectado faltó a la escuela a causa del incidente?  Sí  No Si es así, describa:

---

¿Existen notas, imágenes, mensajes, capturas de pantalla u otra evidencia de los eventos que reporta?  Sí  No Si es así, describa (y adjunte):

---

¿Hay alguna otra información que puede añadir?

---

**Gracias por el reporte.  
Devuelva el formulario del reporte de incidente a la  
Dirección de la escuela.**

---

<b>SOLO para uso interno:</b>			
El anterior reporte lo recibió:		<b>Fecha de recibido:</b>	
Entrevista realizada por:		<b>Fecha de hoy:</b> Dentro de un plazo de 2 días a partir de la recepción	
El reporte que se realiza es:	<input type="checkbox"/> Anónimo <input type="checkbox"/> Confidencial <input type="checkbox"/> No confidencial		
Aviso a la familia de los alumnos afectados	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro: _____ Nombre y relación: _____ <input type="checkbox"/>	<b>Fecha:</b> En un plazo de 2 días a partir de la recepción	
Aviso a la familia de los supuestos agresores	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro: _____ Nombre y relación: _____	<b>Fecha:</b> En un plazo de 2 días a partir de la recepción	
Funcionario de cumplimiento Notificado:	Sí Fecha: _____ Marque una de las siguientes: <input type="checkbox"/> Resuelto <input type="checkbox"/> Sin resuelto		
Medida implementada:			

<b>Reporte ingresado a Skyward</b> <b>(*Consulte las instrucciones para ingresar a las Notas disciplinarias)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>			<b>Fecha:</b>	
	Código	Descripción breve	Descripción larga		
	DDIS	Acu, discapacidad	Acusación de discapacidad		
	DGEN	Acu, género	Acusación de género		
	DISC	Disciplina	Disciplina		
	DRAC	Acu, raza	Acusación de raza		
	DREL	Acu, religión	Acusación de religión		
	DSO	Acu, orien sex	Acusación de orientación sexual		
<p>*SI la acusación no está relacionada con una clase protegida, ingresar con el código DISC y escribir en la descripción "Formulario de reporte de incidente HIB".</p>					
<b>Documentación enviada al funcionario de cumplimiento</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>			<b>Fecha:</b>	