



Fecha: _____

Persona que informo: (Opcional) _____

Edificio Involucrado:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tiger Cub Preescolar | <input type="checkbox"/> Escuela Primaria Columbia Ridge |
| <input type="checkbox"/> Escuela Primaria Grant | <input type="checkbox"/> Escuela Intermedia Parkway |
| <input type="checkbox"/> EMS | <input type="checkbox"/> EHS |

Grado: _____

Fecha en que ocurrió(n) el(los) incidente(s) _____

Estudiante Objetivo: _____

Su Correo Electrónico: (Opcional) _____

Adultos de la escuela a los que les han contado: _____

Nombres de los Agresores (si se sabe) _____

¿Dónde ocurrió el incidente? Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aula (Salon) | <input type="checkbox"/> Pasillo | <input type="checkbox"/> Baño |
| <input type="checkbox"/> Patio de juegos | <input type="checkbox"/> Vestuario | <input type="checkbox"/> Comedor / Cafetería |
| <input type="checkbox"/> Campo de deportes | <input type="checkbox"/> Gimnasio | <input type="checkbox"/> Estacionamiento |
| <input type="checkbox"/> Autobús escolar | <input type="checkbox"/> En línea / Internet | <input type="checkbox"/> Teléfono móvil |
| <input type="checkbox"/> Actividad Escolar | <input type="checkbox"/> Propiedad fuera de la escuela | <input type="checkbox"/> De camino a/desde la escuela |

Otro: _____

¿Qué acción tomó el acosador? Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Movimiento bloqueado | <input type="checkbox"/> Gestos (Explicar) | <input type="checkbox"/> Insultos raciales |
| <input type="checkbox"/> Dañado mi propiedad | <input type="checkbox"/> Chisme | <input type="checkbox"/> Comportamiento repetido |
| <input type="checkbox"/> Comentarios despectivos | <input type="checkbox"/> Intimidación dirigida a mí | <input type="checkbox"/> Historias/chistes/imágenes sexuales |
| <input type="checkbox"/> Comentarios irrespetuosos | <input type="checkbox"/> Insultar | <input type="checkbox"/> Calumnias de orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Electrónica / Cyberbully | <input type="checkbox"/> Escritura Ofensiva / Grafiti | <input type="checkbox"/> Calumnias, Chistes |
| <input type="checkbox"/> excluyéndose | <input type="checkbox"/> Daño Físico / Amenaza de Daño | <input type="checkbox"/> Esparciendo rumores |
| <input type="checkbox"/> Novatada | <input type="checkbox"/> Bromas | <input type="checkbox"/> Amenazas (a mí, amigos, escuela) |
| <input type="checkbox"/> insultos de género | <input type="checkbox"/> Humillaciones | <input type="checkbox"/> Tocar / Agarrar |

Otro: (Por favor describa)

¿Por qué crees que ocurrió esto?

¿Hubo testigos? Encierre en un círculo: **Sí No** En caso que Sí, proporcione sus nombres:

¿Se produjo una lesión física como resultado de este incidente? En caso que Sí, describa.

¿El estudiante objetivo estuvo ausente de la escuela como resultado del incidente? Encierre uno en un círculo **Sí No** En caso que Sí describa:

¿Hay notas, imágenes, textos, capturas de pantalla u otra evidencia de los eventos?

¿Hay alguna información adicional que pueda agregar?

GRACIAS POR INFORMAR

Sólo para uso de oficina:

Received By:	_____
Date Received:	_____
Action Taken:	_____
Referred to:	_____
Resolved? Circle One:	YES NO
Parent / Guardian Called:	_____