

Formulario A: Debe ser completado por individuos que desean informar sobre un incidente de abuso, incluyendo padres, estudiantes, profesores y personal administrativo.

**Distrito Escolar Unificado de Palo Alto
Formulario de Informe de Incidente**

El acoso es serio y no será tolerado en el Distrito Escolar Unificado de Palo Alto. **Si Ud. desea informar sobre un incidente de abuso**, por favor entre comuníquese con el director/a o personal de la escuela. Ud. también puede completar este formulario y devolverlo a la escuela, para que el asunto puede ser investigado.

Fecha del Informe: _____

Nombre(s) del (os) afectado(s) de abuso:	Edad	Grado	Escuela
--	------	-------	---------

Nombre de o de los agresores:	Edad	Grado	Escuela
-------------------------------	------	-------	---------

Nombre(s) de el/los testigo(s):

Cuando sucedió el incidente (Incluir fecha y hora.)

¿Donde ocurrió el incidente?

Por favor revise el (los) cuadro(s) al lado de las afirmaciones que mejor describa lo sucedido (selecciones todas que se aplican):

<input type="checkbox"/> Molestar	<input type="checkbox"/> Violencia Física	<input type="checkbox"/> Intimidación	<input type="checkbox"/> Venganza
<input type="checkbox"/> Lastimar con conductas o palabras denigrantes	<input type="checkbox"/> Humillación Publica	<input type="checkbox"/> Extorsión	<input type="checkbox"/> Agresión estimulada por otros
<input type="checkbox"/> Excluir maliciosamente del grupo	<input type="checkbox"/> Acoso cibernético	<input type="checkbox"/> Acechar	<input type="checkbox"/> Hacer correr rumores o mentiras
<input type="checkbox"/> Estropear ropa u otra propiedad	<input type="checkbox"/> Amenaza	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Otros

De una breve descripción del(los) incidente(s) y/o sus inquietudes (Use el reverso de esta hoja si es necesario)

Adjunte cualquier documento relacionado a esta queja

¿Hubo algún daño físico? Por favor marque una de la siguientes:
 No Si, pero no necesitó atención medica Si, y requirió de atención medica Desconoce

¿Sabe Ud. de otros incidentes de abuso dirigidos a este estudiante? Si No

Nombre de la persona que está informando el (los) incidente(s) (Ud. Puede informarlo anónimamente)

Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only	
Bullying Allegations: <input type="checkbox"/> Substantiated <input type="checkbox"/> Not Substantiated <input type="checkbox"/> Referred to UCP	Administrator Receiving Report: Date: _____