

Nivel primario

Formulario de Denuncia de Incidentes de Hostigamiento, Intimidación y Acoso Escolar



Nombre de la persona denunciante (opcional): _____ No deseo dar mi nombre Fecha de hoy: _____

Mi escuela: _____ Tu correo electrónico (opcional): _____ Tu número telefónico (opcional): _____

Nombre del estudiante acosado, hostigado o intimidado: _____

Si le dijiste a un adulto de tu escuela lo que sucedió, por favor danos el nombre de esa persona: _____

Si sabes el nombre o nombres de los acosadores o su descripción física (color de cabello, color de ojos, estatura, niño o niña, grado o qué maestro tienen), por favor dinos sus nombres: _____

Si sabes en qué fechas y horas ocurrió el incidente o incidentes, por favor dinos: _____

Por favor marca los casilleros relacionados con el incidente:

| ¿Dónde sucedió el incidente? | | ¿Qué sucedió durante el incidente? | | ¿Se lastimó físicamente a alguien? |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aula | <input type="checkbox"/> Autobús escolar | <input type="checkbox"/> Mofa, crueldad | <input type="checkbox"/> Amenazas con gestos o comentarios | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Pasillo | <input type="checkbox"/> Actividad escolar | <input type="checkbox"/> Burla, insulto | <input type="checkbox"/> Compartir imágenes/notas inapropiadas | <input type="checkbox"/> Sí - NO se necesitó atención médica |
| <input type="checkbox"/> Baños | <input type="checkbox"/> De camino a la escuela/regreso de la escuela | <input type="checkbox"/> Intimidación, humillación | <input type="checkbox"/> Contacto físico dañino | <input type="checkbox"/> Sí - Se necesitó atención médica |
| <input type="checkbox"/> Patio escolar | <input type="checkbox"/> Fuera de la propiedad escolar | <input type="checkbox"/> Represalias | <input type="checkbox"/> Comentarios o contacto sexual | Por favor explica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vestidores | <input type="checkbox"/> Internet/medios sociales | <input type="checkbox"/> Rumores o chismes perjudiciales | <input type="checkbox"/> Usar a otros para hacer daño a un estudiante | _____ |
| <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Teléfono celular | <input type="checkbox"/> Exclusión, rechazo | <input type="checkbox"/> Exigir dinero de un estudiante | _____ |
| <input type="checkbox"/> Campo de deportes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Ciberacoso | <input type="checkbox"/> Aprovecharse de un estudiante | _____ |
| <input type="checkbox"/> Estacionamiento | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Se ausentó el estudiante de la escuela debido a lo que sucedió? No Sí. Número de días que el estudiante estuvo ausente: _____

¿Por qué crees que sucedió el hostigamiento, intimidación o acoso? _____

¿Hubo testigos? No Sí. Si contestaste "sí", por favor dinos los nombres: _____

¿Hay alguna otra cosa que quieras decirnos sobre lo sucedido? _____

Solo para uso administrativo

Fecha de recibo: _____ Denuncia recibida por: _____ Nombre del padre/madre/tutor legal contactado: _____

Medida tomada: _____

Marcar uno: Resuelto No resuelto Remitido a: _____