



## Acoso, intimidación o intimidación

Formulario de informe de incidente

Persona que informa (opcional):

Estudiante objetivo:

Su dirección de correo electrónico (opcional):

Su número de teléfono (opcional):  Fecha:

Nombre del adulto de la escuela con el que ya se ha puesto en contacto (si corresponde):

¿En qué fechas ocurrieron los incidentes (si se conocen)?

¿Dónde ocurrió el incidente? Marque todo lo que corresponda

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aula                          | <input type="checkbox"/> Pasillo                | <input type="checkbox"/> Baño                              | <input type="checkbox"/> Patio de juegos  |
| <input type="checkbox"/> Vestuario                     | <input type="checkbox"/> Cafetería              | <input type="checkbox"/> Campo deportivo                   | <input type="checkbox"/> Estacionamiento  |
| <input type="checkbox"/> Autobús escolar               | <input type="checkbox"/> En línea/Internet      | <input type="checkbox"/> Teléfono móvil                    | <input type="checkbox"/> EscuelaActividad |
| <input type="checkbox"/> Propiedad fuera de la escuela | <input type="checkbox"/> De camino a la escuela | <input type="checkbox"/> De camino a casa desde la escuela |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa):    | <input type="text"/>                            |  |   |

Marque las casillas que mejor describan lo que experimentó la víctima. Elija todo lo que corresponda.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Movimiento bloqueado                    | <input type="checkbox"/> Gestos (por favor explique) | <input type="checkbox"/> Insultos raciales)               |
| <input type="checkbox"/> Daños a mi propiedad                    | <input type="checkbox"/> Chisme                      | <input type="checkbox"/> Comportamiento repetido          |
| <input type="checkbox"/> Comentarios despectivos                 | <input type="checkbox"/> Intimidación                | <input type="checkbox"/> Historias/chistes/fotos sexuales |
| <input type="checkbox"/> Comentarios irrespetuosos               | <input type="checkbox"/> Insultar                    | <input type="checkbox"/> Insultos de orientación sexual   |
| <input type="checkbox"/> Electrónica / Cyberbullying             | <input type="checkbox"/> Escritura ofensiva o        | <input type="checkbox"/> Insultos, rumores, chistes       |
| <input type="checkbox"/> Exclusión de actividades                | <input type="checkbox"/> graffiti daño físico        | <input type="checkbox"/> Esparciendo rumores              |
| <input type="checkbox"/> Novatadas (clubes, equipo, clase, etc.) | <input type="checkbox"/> Bromas                      | <input type="checkbox"/> Amenazas (amigos, escuela)       |
| <input type="checkbox"/> insultos de género                      | <input type="checkbox"/> Humillaciones               | <input type="checkbox"/> Tocar / Agarrar                  |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa a continuación):         | <input type="text"/>                                 |   |

¿ Por qué crees que ocurrió esto?

¿Hubo testigos o personas que usted cree que pudieron haber sido testigos?

☐

Sí

☐

No En caso afirmativo, proporcione sus nombres

¿Se produjo una lesión física como resultado de este incidente?

☐

Sí

☐

No En caso afirmativo, descríballo

¿El estudiante objetivo estuvo ausente de la escuela como resultado del incidente?

☐

Sí

☐

No

En caso afirmativo, describa a continuación:

¿ Hay notas, imágenes, textos, capturas de pantalla u otras formas de evidencia del evento que está informando?

☐

Sí

☐

No

En caso afirmativo, descríballo a continuación y considere incluir copias en un sobre cerrado, adjunto a este informe.

Si hay información que puede agregar, hágalo a continuación.

¡Gracias por informar!

Recibido por:

Fecha de recepción: