

Fayette County Public Schools
Department of Student Support
Lexington, Kentucky. 40502-1699
Telephone (859) 381-4100
Solicitud para Educación en Casa/Hospital
(favor de escribir a máquina o en imprenta)

Sección I

Los apoderados o tutores legales deben completar este formulario antes de que los complete el profesional de salud autorizado

Distrito Escolar _____ Escuela _____

Grado _____ Condado de Residencia _____

Ultima fecha de asistencia _____ Estudiante de Educación Especial ____ Sí ____ No

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Estudiante _____ Código Postal _____

Sexo _____ Raza _____ # de Seguro Social _____ Teléfono _____

Nombre Completo del Padre/Tutor Legal _____ Teléfono de Trabajo _____

Nombre Completo de la Madre/Tutora Legal _____ Teléfono del trabajo _____

Indique cualquier programa de educación especial en el que su hijo/a pueda haber estado registrado:

Instrucciones para la Casa del Estudiante: _____

De acuerdo a KRS 159.030, Sección (2), antes de otorgar una exención bajo el párrafo (d) del apartado (1) de esta sección, la junta directiva requiere evidencia satisfactoria, en la forma de una carta firmada por un médico licenciado, una enfermera jefe, psicóloga, psiquiatra, quiropráctico u oficial de la salud pública, que la condición del estudiante hace que su asistencia a la escuela o su dedicación al estudio es contraproducente. Basado en tal evidencia la junta puede exentar al estudiante de asistencia obligatoria. Cualquier estudiante a quien se le excusa de asistir a la escuela por más de seis (6) meses debe tener dos (2) cartas firmadas de dos oficiales locales de salud diferentes que pueden ser una combinación de las siguientes profesiones: un médico licenciado, una enfermera jefe, psicólogo, psiquiatra, quiropráctico y oficial de salud. Excepciones de todos los niños bajo las provisiones del apartado (1) (d) de esta sección deben ser revisadas anualmente con la evidencia requerida al día.

De acuerdo a 704 KAR 7:120, el embarazo no se puede considerar un impedimento por sí solo; y la naturaleza y la extensión de cualquier complicación deben ser delineadas antes de considerar educación en casa/hospital por tal condición.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACION

Entiendo que el Comité de Casa/Hospital puede pedir que se revise la información que personal de la salud les entregó en estos formularios. Aquí autorizo a este comité que tenga acceso a la información correspondiente a esta petición.

Firma del Apoderado/Tutor Legal

Fecha

Declaración Profesional

Sección II

Esta sección debe ser completada por el profesional de salud autorizado.

Se determinará si un niño/a o joven recibirá instrucción en casa u hospital si la condición del joven es tal que su asistencia a la escuela es contraproducente de acuerdo con lo que corrobora la declaración hecha y firmada por profesionales de acuerdo a KRS 159.030 (2) y 704 KAR 7:120

Nota: Instrucción en Casa es educación a corto plazo que se da en casa o en otro lugar determinado para un estudiante que no puede asistir a la escuela temporalmente. De acuerdo a las guías estatales, dos horas de instrucción todas las semanas es equivalente a una semana completa de asistencia a la escuela. La instrucción encasa no está diseñada para remplazar una colocación más adecuada en la escuela.

Nombre del estudiante _____

Favor de chequear una de éstas:

El estudiante puede asistir a la escuela sin ninguna modificación o provisión especial.

Comentarios _____

El estudiante puede asistir a la escuela solamente con modificaciones o provisiones especiales.

Describe las modificaciones necesarias _____

El estudiante no puede asistir a la escuela ahora debido a su salud. Apoyo la instrucción en Casa/Hospital. (Si chequea aquí, favor de completar el resto de esta sección.)

Sí/ No apoyo la instrucción en casa/hospital para este estudiante. Si no apoya la instrucción

En casa/hospital en este momento, favor de detallar sus reservaciones y/o recomendaciones: _____

Si apoya la instrucción, favor de llenar el resto de la Sección III

Diagnosis _____ Prognosis Buena _____ Regular _____ Mala _____

Razones específicas por las que el estudiante no puede asistir a la escuela ahora: _____

¿ Cuánto tiempo hace que ve al paciente para la diagnosis presente? _____

Tiempo aproximado en que el estudiante va a necesita Instrucción en Casa/Hospital _____

Favor de resumir examen y toda información coleccionada que corroboran la necesidad para Instrucción en Casa/Hospital en este momento. _____

¿Cuál es el plan de tratamiento para el paciente? _____

¿Cuánto tiempo se espera que dure el tratamiento? _____

¿Qué servicios auxiliares se incluyen en el tratamiento? _____

Haga una lista de los especialistas a quienes este estudiante ha sido referido.

Nombre	Especialidad	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Seguirá atendiendo al paciente? _____ Sí No. Si no ¿quién?

Nombre _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Fecha en que se anticipa que el estudiante volverá a la escuela _____

¿Cuáles son sus recomendaciones para ayudar a este estudiante una vez que vuelva a la escuela? _____

Comentarios: _____

Firma del personal Autorizado	Título	Fecha
-------------------------------	--------	-------

Favor de escribir nombre del profesional a máquina o en imprenta: _____

Dirección Oficina _____ Número de teléfono _____
_____ Número de fax _____

FAVOR DE COMPLETAR Y ENVIAR A: Fayette County Public Schools, Valerie Uebelhor
701 East Main Street
Lexington, KY 40502-1699
Fax (859) 381-4216
Phone (859-381-4335

Sección III

Esta sección debe ser completada por el Comité de Casa/Hospital.

Nombre del Estudiante _____

Fecha de recibo de Solicitud: _____ Aprobada _____ Rechazada _____ Incompleta

Si aprobada, la fecha de los servicios será de _____ hasta _____
(fecha de revisión)

Si se rechazan los servicios, razón por la cual se rechazan: _____

Si la solicitud está incompleta, tipo de información extra que se pide: _____

Fecha de la petición: _____ Persona que se contactó _____

Firmas de los Miembros del Comité:

Director de Asuntos Estudiantiles _____ Fecha _____

Maestro/a de Servicios de Casa/Hospital

O Director de Programa _____ Fecha _____

Personal Local de la Salud _____ Título _____ Fecha _____

Comentarios:

