

Aplicación para Enseñanza en Casa/Hospital

Actualizada 07/2020

(Favor de escribir en la computadora o en imprenta en forma clara)

Información de Padres/Estudiante

Sección I

Debe ser completado por el/los padres(s)/tutor(es) legal(es) antes de ser completado por el profesional licenciado médico o de salud mental.

Distrito Escolar _____ Escuela _____

Grado _____ Condado de Residencia _____

Ultima fecha en que asistió _____ Estudiante de Educación Especial Sí No

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Estudiante _____ N° de Seguro Social _____ N° de Teléfono _____

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

Nombre Completo de la Madre/Tutor Legal _____ Teléfono de Trabajo _____

Haga una lista de los Programas de Educación Especial en que su hijo/a pueda estar matriculado: _____

Direcciones a la Casa del Estudiante _____

De acuerdo a KRS 159.030, Sección (2), antes de otorgar una exención bajo el párrafo (d) de la subsección (1) de esta sección, la junta de educación requerirá evidencia satisfactoria, en la forma de una declaración firmada de un médico licenciado, enfermera avanzada registrada, psicólogo, siquiatra, quiropráctico o funcionario de salud pública, que la condición del niño le impide o hace desaconsejable que asista a la escuela o aplicación para estudiar. En base a tal evidencia, la junta puede eximir al niño de asistencia obligatoria. La elegibilidad para enseñanza en casa/hospital para estudiantes con discapacidades será determinada por el Comité de Admisiones y Salida (ARC) de acuerdo a su Plan Educativo Individual (IEP). En lugar de esta aplicación, el presidente del ARC proveerá aviso en escrito de esta elegibilidad al Director de Asuntos Estudiantiles (DPP) local para propósitos de matrícula en el programa.

Cualquier niño que sea dispensado para asistir a la escuela por más de seis (6) meses debe tener dos (2) declaraciones firmadas de dos diferentes funcionarios locales de salud que pueden ser una combinación de las siguientes personas profesionales: un médico licenciado, enfermera avanzada registrada, psicólogo, siquiatra, quiropráctico o funcionario de salud pública. Si un profesional médico certifica que un estudiante tiene una condición crónica física que probablemente no mejorará considerablemente dentro de un (1) año, entonces un documento firmado es suficiente para servicios que se extienden más allá de seis (6) meses. Esta excepción no aplica a estudiantes con condiciones de salud mental, **que requieren la aprobación/firma de un psicólogo o siquiatra licenciado.**

Las exenciones de todos los niños bajo las provisiones of subsección (1) (d) de esta sección debe ser revisada anualmente con la evidencia requerida actualizada, excepto para niños con discapacidades certificadas por un profesional médico que tengan una condición crónica que probablemente a sustancialmente no mejorará dentro de tres (3) años pueden continuar siendo elegibles para servicios de enseñanza en casa/hospital de acuerdo al repaso anual de documentación por el comité de admisiones y salida (ARC) para determinar si se requiere actualizar evidencia. Documentación al día de evidencia de necesidad para servicios en casa/hospital para niños con condiciones físicas crónicas se proveerán la solicitud del ARC, o por lo menos cada tres (3) años.

De acuerdo a 704 KAR 7:120, la condición de embarazo no está considerada como un impedimento físico o de salud por sí sola, y la naturaleza y el grado de cualquiera complicación será delineada antes de consideración de enseñanza en casa/hospital para esta condición.

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

Entiendo que el Comité de Revisión de Casa/Hospital puede solicitar una revisión de la información provista en estos documentos por el personal de salud local. Por la presente autorizo que este comité tenga acceso a la información pertinente relacionada con esta solicitud.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

**Aplicación para Enseñanza en Casa/Hospital
Declaración Profesional**

Sección II

Esta sección debe ser completada por el profesional médico o mental autorizado. Si es una condición de salud mental, debe ser un **sicólogo o siquiatra licenciado**.

Se determinará que a un niño o adolescente se le dará enseñanza en casa/hospital si la condición del niño o adolescente previene o hace desaconsejable que asista a la escuela como lo verifica la declaración profesional firmada de acuerdo a KRS 159.030 (2) y 704 KAR 7:120.

Favor Notar: La enseñanza en casa (confinado en casa) es enseñanza de **corto plazo** provista en casa u otro sitio designado para un estudiante que **temporalmente** puede asistir a la escuela. De acuerdo a las reglas del estado, **dos horas de enseñanza en casa a la semana** son equivalentes a una semana completa de asistencia a la escuela. **La enseñanza en casa no está diseñada para reemplazar una colocación escolar más apropiada.**

Nombre del estudiante _____

Favor de checar uno de los siguientes:

_____ El estudiante puede asistir a la escuela sin ningún tipo de modificaciones o provisiones especiales.
Comentarios _____

_____ El estudiante puede asistir a la escuela solamente con modificaciones o provisiones especiales.
Describa las modificaciones que se necesitan _____

_____ El estudiante no puede asistir a la escuela por ahora debido a preocupaciones de salud, y yo no apoyo la enseñanza en Casa/Hospital (si marcó aquí, favor de completar el resto de esta sección).

_____ Yo apoyo/_____ no apoyo la educación en casa/hospital para este estudiante. Si usted apoya la enseñanza en casa/hospital ahora, favor de explicar sus preocupaciones y/o recomendaciones: _____

Si usted apoya enseñanza en casa/hospital ahora, favor de completar el resto de Sección II

Diagnóstico _____ Prognosis Buena _____ regular _____ Pobre _____

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

¿Cuánto tiempo hace que ve al paciente para el diagnóstico indicado? _____

Tiempo aproximado en que el estudiante necesitará Enseñanza en Casa/Hospital _____

Favor de resumir exámenes y todos los otros datos recolectados que apoyen la necesidad de Enseñanza en Casa/Hospital por ahora.

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

¿Cuánto tiempo se espera que dure el tratamiento? _____

Cheque aquí si el estudiante tiene una condición crónica física que probablemente no mejorará considerablemente dentro de un año. _____

¿Qué servicios secundarios son parte del tratamiento? _____

Liste consultantes/especialistas a quienes este estudiante ha sido referido.

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

¿Seguirá al paciente? _____ Sí _____ No Si no, ¿quién lo hará?

Nombre _____ Número de Teléfono _____

Dirección _____

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

¿Cuáles son sus recomendaciones para ayudar a este estudiante para volver a la escuela? _____

Observaciones/Comentarios: _____

Firma del profesional Licenciado

Titulo

Fecha

Nombre del Profesional en imprenta o en computadora: _____

Dirección de Oficina _____ Número de Teléfono _____

Número de Fax _____

Aplicación para Enseñanza en Casa/Hospital
Comité de Revisión de Casa/Hospital

Sección III

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

Nombre del Estudiante _____

Fecha Aplicación Recibida: _____ Aprobada _____ Negada _____ Incompleta _____

Si aprobada, las fechas de los servicios serán de _____ hasta _____
(Fecha de Revisión)

Si elegibilidad para servicios es negada, razón de la negación _____

Si aplicación incompleta, tipo de información adicional requerida _____

Fecha de Aplicación _____ Persona Contactada _____

Firmas de los Miembros del Comité:

Director de Asuntos Estudiantiles _____ Fecha _____

Profesor de Servicios en Casa/Hospital _____
O Director de Programa _____ Fecha _____

Personal Local Médico o de Salud Mental _____ Título _____ Fecha _____

Comentarios:

Favor de entregar a:

Jennifer Burnett Spencer
Department of Pupil Personnel
450 Park Place
Lexington, KY 40511
Fax: 859-381-4194
Phone: 859-381-4128
Email: jennifer.spencer@fayette.kyschools.us