

Volusia County Schools
**Consentimiento de los padres/tutores para intercambiar información médica
relacionada con los servicios para hospitales/confinamiento en casa (H/H)**
Teléfono: (386) 255-6475, ext. 38395; Fax (386) 943-3413

La Regla 6A-6.03020 del Código Administrativo de Florida (FAC) define a un estudiante H/H como aquel con un diagnóstico de afección física o mental de carácter agudo o catastrófico, o una enfermedad crónica, o una enfermedad que se repite debido a un problema médico persistente. La afección o enfermedad debe confinar al estudiante a su casa o a un hospital y limitar sus actividades durante un período extenso.

Sección de los padres: A completar por los padres/tutores.

Nombre estudiante: _____ ID: _____ Fecha nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre de la escuela: _____ **Recuerde: Los padres y la escuela son responsables de coordinar las tareas de recuperación hasta que se determine si reúne los criterios necesarios para el programa de hospitales/confinamiento en casa en una reunión del IEP.**

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre de los padres/tutores legales: _____

Teléfono de la residencia: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

(Le comunicaremos por correo electrónico cualquier información sobre su solicitud del programa para hospitales/confinamiento en casa).

Información de contacto del médico: A completar por los padres/tutores. Incluya el número de fax del médico.

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____

Consentimiento para el intercambio mutuo de información: A completar por los padres/tutores.

Su consentimiento para el intercambio de información ayudará a coordinar los servicios. Esta es la información que se intercambiará:
Información médica relevante desde el punto de vista educativo relacionada con los requisitos necesarios para el programa hospitales/confinamiento en casa.

La información la compartirán: El personal del Distrito Escolar de Volusia County y la consulta del médico, incluso el personal médico y el administrativo.

Declaración de autorización y firma:

Autorizo al Distrito Escolar de Volusia County, Florida, a intercambiar información con el médico de mi hijo. Esto incluye la información necesaria para completar la solicitud del programa para hospitales/confinamiento en casa. Además de esto, entiendo que se contactará al médico cuando sea necesario para obtener información médica actualizada relevante a los servicios para hospitales/confinamiento en casa. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviando un aviso escrito a la oficina del programa para hospitales/confinamiento en casa. Si lo hago, recibiré una copia de este formulario de consentimiento con la fecha de revocación. Si no se autoriza o se revoca el consentimiento, los servicios para hospitales/confinamiento en casa se verán afectados.

Firma: _____ Fecha: _____
Padres/Tutores/Representante educativo

Office Use: _____ Date Consent Revoked _____ Date Confirmation Copy Sent to Parent _____

Enviar el consentimiento de los padres/tutores para el intercambio de información médica firmado a:
Hospital Homebound, Atlantic High School, Bldg. 3, Rm 019 via county mail or by fax (386) 943-3413.