

**Solicitud para Instrucción desde Casa / Hospital**  
**(Favor de escribir o imprimir de manera nítida)**  
**(Revisión de junio de 2023)**

**Sección de Padre de Familia / Estudiante**

**Sección I**

Debe ser completado por los padres de familia / tutores legales

Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Condado de Residencia \_\_\_\_\_ Último Día Asistido \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de Estudiante \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre Completo de Padre / Tutor Legal \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre Completo de Madre / Tutor Legal \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante un Programa Individualizado de Educación (IEP, por sus siglas en inglés)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante un Plan de Sección 504? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Direcciones para la casa del  
estudiante \_\_\_\_\_

---

De conformidad con KRS 158.033(4), la elegibilidad para la instrucción desde casa o desde el hospital para estudiantes con discapacidades será determinada por el Comité de Admisiones y Egresos (ARC, por sus siglas en inglés) y se facilitará de conformidad con el Programa Individualizado de Educación (IEP). El Moderador del ARC facilitará una nota por escrito acerca de la asignación en instrucción desde Casa / Hospital al personal Directivo local de Servicios para Alumnos (DPP) para fines de inscripción en el programa por medio del formulario en la Sección IV de la presente solicitud. 702 KAR 7:150.

De conformidad con KRS 159.030(2), antes de otorgar a cualquier estudiante una exención de asistencia escolar obligatoria, la junta de educación del distrito en el que reside el estudiante deberá requerir la presentación ante la junta evidencia satisfactoria en la forma de una declaración firmada por un médico con la debida licencia, una enfermera diplomada de práctica avanzada, un asistente médico, un psicólogo o un psiquiatra responsable de diagnosticar y de dar tratamiento al menor de edad, declarando que la condición diagnosticada del menor impide o hace desaconsejable la asistencia a la escuela y requiere instrucción desde casa o desde el hospital. Si la afección está relacionada con la salud mental, la declaración firmada debe ser completada por un médico, psiquiatra, psicólogo o asistente médico acreditado, tal como fue descrito en KRS 202A.011 o bien por una enfermera diplomada de práctica avanzada tal como fue definido en KRS 314.011 y acreditada en psiquiatría y en enfermería de salud mental. Sobre la base de dicha evidencia, la junta de educación local puede eximir al estudiante de la asistencia escolar obligatoria.

Un estudiante con una afección recurrente, que resulta en períodos en los que la necesidad de instrucción desde casa o desde el hospital es intermitente y el estudiante puede asistir a la escuela por períodos cortos, puede egresar y reingresar a instrucción desde casa o desde el hospital, y lo siguiente deberá corresponder:

- (a) Se deberá requerir la aprobación inicial de parte del Comité de Revisión;

- (b) El Comité de Revisión deberá revisar la necesidad de un horario alternativo de servicios basado en la verificación de la declaración profesional en la solicitud de instrucción desde casa o desde el hospital en cuanto a la necesidad de servicios intermitentes;
- (c) Si un profesional de la salud que completó la solicitud inicial para que un estudiante pueda recibir servicios desde casa o desde el hospital determina que el estudiante necesita más tiempo para los servicios, el profesional de la salud deberá enviar una declaración por escrito, ya sea por correo o por fax, al personal Directivo de Servicios para Alumnos, solicitando tiempo adicional de hasta dos (2) semanas para los servicios y deberá facilitar una breve explicación de la extensión.
- (d) El Comité de Revisión deberá reunirse para repasar la extensión y aprobar o negar la solicitud de extensión, antes de la prestación de cualquier servicio extendido;
- (e) El Comité de Revisión deberá repasar la asignación intermitente por lo menos cada seis (6) meses y, en ese momento, el Comité de Revisión deberá requerir una declaración de parte de un segundo profesional para continuar con la elegibilidad del programa; y
- (f) El padre de familia o tutor legal deberá avisar al director escolar o al personal Directivo de Servicios para Alumnos antes de la necesidad de reingresar a la escuela o de egresar para poder recibir instrucción desde casa o desde el hospital.

El embarazo no se considera un impedimento físico o de salud en sí mismo, y la naturaleza y el alcance de cualquier complicación deberá ser descrita antes de considerar la instrucción desde casa o desde el hospital para esta afección. 702 KAR 7:150.

Para los estudiantes que reciben instrucción desde casa o desde el hospital de conformidad con una determinación de un Comité de Revisión de Instrucción desde Casa o desde el Hospital, la elegibilidad deberá cesar si el estudiante trabaja, practica deportes o participa en actividades extracurriculares. 702 KAR 7:150.

### **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Entiendo que, si el Comité de Revisión de Instrucción desde Casa / Hospital toma la determinación de la asignación del presente estudiante, puede solicitar una revisión de la información provista en estos formularios por parte del personal local de salud. Por medio de la presente autorizo a este comité a tener acceso a la información pertinente con respecto a la presente solicitud. Entiendo que, si el Comité de Admisiones y Egresos toma la determinación de la asignación del presente estudiante, tendrá acceso a toda la información pertinente con respecto a la presente solicitud.

---

Firma de Padre de Familia / Tutor Legal

Fecha

## Declaración Profesional de Solicitud para Instrucción desde Casa / Hospital

**\*\* La elegibilidad para la instrucción desde casa / hospital para estudiantes con discapacidades será determinada por el Comité de Admisiones y Egresos (ARC) de acuerdo con su Programa Individualizado de Educación (IEP). El moderador del ARC deberá facilitar un aviso de elegibilidad por escrito al Personal Directivo local de Servicios para Alumnos (DPP) para fines de inscripción en el programa. El formulario facilitado en la Sección IV deberá ser utilizado para brindar tal aviso. \*\***

### Sección II

Esta sección debe ser completada por un médico con acreditación adecuada, una enfermera diplomada de práctica avanzada, un asistente médico, un psicólogo o un psiquiatra responsable de diagnosticar y de dar tratamiento al estudiante. Si la afección está relacionada con la salud mental, la declaración firmada debe ser completada por un médico, psiquiatra, psicólogo o asistente médico acreditado, tal como fue descrito en KRS 202A.011 o bien por una enfermera diplomada de práctica avanzada tal como fue definido en KRS 314.011 y acreditada en psiquiatría y en enfermería de salud mental. Para que una junta de educación del distrito pueda eximir a un estudiante de la asistencia escolar obligatoria, el estudiante debe facilitar evidencia satisfactoria en forma de una declaración firmada por un profesional de la salud calificado de que la afección diagnosticada del estudiante impide o hace desaconsejable la asistencia a la escuela y requiere instrucción desde casa o desde el hospital.

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sí / \_\_\_\_\_ No apoyo la instrucción desde casa / hospital para el presente estudiante. Si usted no apoya la instrucción desde casa / hospital en este momento, por favor indique sus inquietudes y/o recomendaciones: \_\_\_\_\_

Favor de marcar una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_\_ El estudiante puede asistir a la escuela sin ningún tipo de modificaciones o disposiciones especiales.

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ El estudiante puede asistir a la escuela solamente con modificaciones o disposiciones especiales.

Describir la Modificaciones Necesarias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ El estudiante no puede asistir a la escuela en este momento debido a inquietudes de salud y doy apoyo a la instrucción desde casa / hospital. **Si se marcó, favor de completar el resto de la Sección II.**

Diagnosis \_\_\_\_\_ Prognosis: Bueno \_\_\_\_\_ Aceptable \_\_\_\_\_ Deficiente \_\_\_\_\_

Razones específicas por las que el estudiante no puede asistir a la escuela en este momento: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado el paciente bajo su cuidado para el diagnóstico indicado? \_\_\_\_\_

Duración aproximada del tiempo que el estudiante necesitará Instrucción desde Casa / Hospital \_\_\_\_\_

Fecha de inicio recomendada de instrucción desde Casa / Hospital: \_\_\_\_\_

Favor de brindar un resumen de las pruebas y de todos los demás datos recopilados que respalden la necesidad de instrucción desde Casa / Hospital en este momento.

¿Cuál es el plan de tratamiento para el paciente? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la duración esperada del tratamiento? \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de ingreso hospitalario, si corresponde: \_\_\_\_\_

Marcar aquí si el estudiante tiene una afección física crónica que es poco probable que mejore sustancialmente dentro de un año. \_\_\_\_\_

¿Qué servicios auxiliares están involucrados en el tratamiento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicar los consultores / especialistas a los que ha sido recomendado el presente estudiante.

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

¿Continuará usted con el paciente? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No. De no ser le caso, ¿quién continuará con el paciente? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha anticipada de regreso del estudiante a la escuela \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus recomendaciones para ayudar al presente estudiante en su regreso a la escuela? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones/Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de Personal Acreditado \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de escribir en letra de molde o a máquina el nombre del profesional: \_\_\_\_\_

Dirección de Consultorio \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_

**Solicitud para Instrucción desde Casa / Hospital**  
**Comité de Revisión de Instrucción desde Casa / Hospital**

**Sección III**

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha en que se Recibió la Solicitud: \_\_\_\_\_ Aprobada \_\_\_\_\_ Negada \_\_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_\_

Si fue aprobada, la fecha de los servicios será desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Si se niega la elegibilidad para los servicios, razón por ser negada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si la solicitud está incompleta, tipo de información adicional solicitada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Petición \_\_\_\_\_ Persona que fue contactada \_\_\_\_\_

Firmas de Integrantes del Comité:

Director(a) de Personal de Servicios para Alumnos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Director(a) de Programa \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Maestro desde Casa / Hospital \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Personal Médico o de Salud Mental \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Otro Profesional Relevante \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de presentar la solicitud completa a:

Jennifer Spencer

450 Park Place

Lexington, KY 40511

[Jennifer.spencer@fayette.kyschools.us](mailto:Jennifer.spencer@fayette.kyschools.us)

Fax: 859-422-9874