



Al servicio de los estudiantes, las familias y la comunidad

**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE CECIL**  
EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA Y ENSEÑANZA EN EL HOGAR  
CENTRO DE LIDERAZGO EDUCATIVO GEORGE WASHINGTON CARVER  
201 BOOTH STREET • ELKTON, MD 21921  
teléfono: 410.996.5660 • fax: 410.996.5454 • www.ccps.org

Jeffrey A. Lawson, Dr. en Ed.  
Superintendente de escuelas

Diana B. Hawley  
Presidente de la Junta de Escuelas

**PROGRAMA EDUCATIVO EN EL HOGAR Y EN EL HOSPITAL**  
*Solicitud del estudiante*  
**2024-2025**

Las Escuelas Públicas del Condado de Cecil (CCPS, en inglés) ofrece un programa educativo domiciliario u hospitalario para los alumnos de las escuelas públicas del Condado de Cecil que no pueden participar en la escuela a la que asisten debido a una condición física o emocional. En virtud del Código de Reglamentos de Maryland (COMAR, por sus siglas en inglés), el programa en el hogar y en el hospital es un servicio de apoyo temporal y no una colocación alternativa. Cuando se trata de una condición física, solo un **profesional médico con licencia o un/a enfermero/a profesional certificado/a** puede presentar la documentación necesaria para solicitar dichos servicios. Cuando se trata de una condición emocional, solo un **psiquiatra con licencia, un psicólogo con licencia, o psicólogo escolar certificado** puede presentar la documentación necesaria para solicitar dichos servicios. Para ser elegible para los servicios, la enfermedad debe requerir que el alumno se ausente por al menos diez (10) días escolares seguidos con una expectativa de que se extienda quince (15) días o, para que este programa sea viable, debe tener un problema de salud crónico que resulte en ausencias a la escuela por más del 20 por ciento del tiempo. Los alumnos deben recibir hasta seis (6) horas de enseñanza por semana, a menos que se indique de otra manera. El límite para los servicios es de sesenta (60) días corridos. *Aviso:* El programa educativo en el hogar y en el hospital para un alumno con una condición emocional no puede exceder los sesenta (60) días escolares consecutivos. *El límite para alumnos de educación especial es de sesenta (60) días escolares consecutivos.*

El proceso para solicitar y acceder a los servicios educativos en el hogar y en el hospital es de la siguiente manera:

1. El padre, la madre o el tutor del alumno debe completar la *SECCIÓN A: Padre, madre o tutor* del formulario de Derivación del Programa Educativo en el hogar y en el hospital (vea el archivo adjunto), y luego enviar este formulario al profesional médico, que debe completar la *SECCIÓN B: Profesional médico*. Una vez completado este formulario, el personal de las Escuelas Públicas del Condado de Cecil estará autorizado a comunicarse con su médico profesional. Tenga en cuenta que en caso de que no se encuentre firmado el documento que divulga esta información, se puede rechazar la prestación de servicios educativos en el hogar y en el hospital.
2. En caso de que la enfermedad diagnosticada del alumno sea emocional o de conducta, también se **debe** presentar un plan de tratamiento (vea el formulario de Recomendación de Profesional Médico).
3. En caso de que la solicitud para los servicios educativos en casa sea por embarazo, los servicios se prestan hasta seis (6) semanas después del parto.
4. Devuelva el formulario completo al director de la escuela. Luego de recibir el formulario, el personal de las Escuelas Públicas del Condado de Cecil determinará si el programa educativo en el hogar o en el hospital es apropiado. En caso de que se determine que el programa es apropiado, se puede aprobar la solicitud.
5. Una vez aprobado, se puede asignar el caso a un maestro del entorno doméstico.
6. El maestro del hogar o del hospital se pondrá en contacto con los padres para comenzar con la enseñanza del alumno.
7. Recuerde que la mayor cantidad de tiempo de educación en el hogar o en el hospital que se le puede asignar a un alumno es de 60 días corridos. En caso de que el estudiante no pueda regresar a la escuela en ese momento, un proceso de revisión o de reverificación determinará si los servicios continuarán, se modificarán o terminarán. Además, las Escuelas Públicas del Condado de Cecil requieren que un adulto responsable (mayor de 21 años) esté presente durante el tiempo en que el maestro está con el alumno en el hogar. Los padres también deben estar preparados para hacer los arreglos necesarios y brindar supervisión adulta si el programa educativo en el hogar o en el hospital se aprueba para llevar a cabo la enseñanza directa en el hogar.

## Escuelas Públicas del Condado de Cecil

### Derivación del Programa Educativo Domiciliario y Hospitalario 2024-2025

#### **SECCIÓN A - PADRE, MADRE O TUTOR**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: Masculino/Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Actualmente, mi hijo/a recibe servicios educativos en casa y hospital: ( ) Sí o ( ) No

( ) Educación regular

\*( ) Educación Especial

\* ( ) Plan 504

Indique los nombres de los miembros del personal que se puedan considerar como puntos de contacto para el plan de transición del estudiante. Puede tratarse de un administrador, un asesor, un docente o cualquier empleado del establecimiento con el que el estudiante tenga relación. Esta información se revisará cuando se reúna con el equipo escolar para elaborar el plan de transición del estudiante.

Miembro del personal 1: \_\_\_\_\_

Miembro del personal 2: \_\_\_\_\_

Miembro del personal 3: \_\_\_\_\_

---

**La colocación de primera consideración para el hogar y el hospital será la programación virtual. Si el gestor de programación domiciliaria y hospitalaria asigna un tutor a domicilio, entiendo que uno de los padres/tutores del estudiante u otro adulto responsable designado deberá estar presente en el hogar durante las horas en que estén programados los servicios de enseñanza directa a domicilio.**

*Presento una solicitud para el programa educativo en el hogar y en el hospital para mi hijo/a. Doy mi permiso para que el personal de los Servicios Estudiantiles de las Escuelas Públicas del Condado de Cecil se comunique y consulte con el profesional médico de la derivación y que atiende a mi hijo para intercambiar información sobre mi hijo/a. Esta divulgación de información es válida por un año desde la fecha de la firma. Tenga en cuenta que en caso de que no se firme el documento para divulgar esta información, se puede rechazar la prestación de servicios educativos en el hogar y en el hospital.*

Nombre de padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Escuelas Públicas del Condado de Cecil**  
**PROGRAMA EDUCATIVO DOMICILIARIO Y HOSPITALARIO- 2024-2025**

Nombre de el/la alumno/a: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B – RECOMENDACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO** (Para ser completado por un médico con licencia, un enfermero certificado, un psiquiatra con licencia, un psicólogo con licencia, un psicólogo escolar certificado, un enfermero de salud mental psiquiátrica, o un proveedor aprobado por las Escuelas Públicas del Condado de Cecil [CCPS, en inglés].)

Descripción del problema que acontece: \_\_\_\_\_

Razón por la cual el/la alumno/a no puede desenvolverse en un ambiente escolar regular: \_\_\_\_\_

Fecha de la última cita: \_\_\_\_\_ Frecuencia de las citas: \_\_\_\_\_

¿La condición de salud de el/la alumno es contagiosa?  Sí  No Especificar: \_\_\_\_\_

¿Se necesita alguna precaución al enseñarle a este/a alumno/a? \_\_\_\_\_

En caso de que la solicitud sea por embarazo, ¿cuándo es la fecha de parto? \_\_\_\_\_

*Considere realizar adaptaciones en la escuela que puedan permitirle a el/la alumno/a asistir a su escuela de siempre antes de realizar la recomendación para el programa educativo domiciliario y hospitalario.*

Recomiendo el programa educativo domiciliario y hospitalario Sí  No  **Aviso: \*Duración aprox. (máx. 60 días)** \_\_\_\_\_

Recomiendo que el programa educativo domiciliario y hospitalario comience el \_\_\_\_\_

Jornada completa de educación domiciliaria  Media jornada de educación domiciliaria (*horas diarias en la escuela*)

Servicios intermitentes: estos servicios se prestan a los estudiantes que padecen una enfermedad crónica (como diabetes, enfermedades pulmonares o migrañas) que provoca ausencias intermitentes frecuentes

Plan para regresar a la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional médico que lo atiende: \_\_\_\_\_

*(En letra imprenta)*

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico con licencia  Enfermero/a profesional certificado/a  Psiquiatra con licencia  Psicólogo con licencia

Psicólogo escolar certificado  Otra \_\_\_\_\_

*Para derivaciones emocionales o de conducta, complete el Plan de tratamiento en la siguiente página*

**AVISO: UNA VEZ COMPLETADO ESTE FORMULARIO DEBE SER REGRESADO A LA ESCUELA DEL ALUMNO.**

**REVISIÓN DEL DIRECTOR:** verifique la información del programa educativo en el hogar y en el hospital para el estudiante que se menciona previamente.

\_\_\_\_\_  
*Nombre del director en imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Firma del director*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Regrese este formulario de derivación a: la Oficina de Educación domiciliaria y hospitalaria e Instrucción en el hogar, 900 North East Rd., North East, MD 21901

**SOLO PARA LA OFICINA DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA E INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR.**

Fecha de asignación de HHT: \_\_\_\_\_

Fecha estimada de regreso a la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de la HHT: \_\_\_\_\_

Instructor/Programa: \_\_\_\_\_

HHT aprobada/rechazada: \_\_\_\_\_

*Joshua Mangold, Manager de los programas para servicios estudiantiles*

*Fecha*

**Escuelas Públicas del Condado de Cecil**  
**Programa Educativo Domiciliario y Hospitalario-2024-2025**

**PLAN DE TRATAMIENTO PARA DERIVACIONES EMOCIONALES O DE CONDUCTA\***

---

Nombre de el/la alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Diagnóstico: \_\_\_\_\_
2. ¿Atiende al alumno de manera regular con citas programadas?  Sí  No  
Frecuencia de las citas: \_\_\_\_\_ Fecha de la última cita: \_\_\_\_\_
3. ¿Actualmente el/la alumno/a asiste a terapia?  Sí  No  
Nombre del terapeuta: \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono: \_\_\_\_\_  
Frecuencia de las citas: \_\_\_\_\_ Fecha de la última cita: \_\_\_\_\_
4. ¿El alumno está bajo alguna medicación?  Sí  No  
Medicación(es) y dosis: \_\_\_\_\_

¿Cómo afecta la medicación al desempeño escolar? \_\_\_\_\_

5. Describa el plan de tratamiento y cómo aborda las condiciones emocionales de el/la alumno/a. Adjunte información adicional de ser necesario. \_\_\_\_\_
6. ¿Se prefiere que la colocación académica sea educación domiciliaria y hospitalaria? Si es así, ¿por qué? \_\_\_\_\_
7. ¿Se puede realizar alguna modificación o acondicionamiento en y por la escuela a la que asiste que le permita a el/la alumno/a regresar o permanecer en la escuela? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es el plan de transición que se recomienda para que el/la alumno/a regrese a la escuela? Se debe desarrollar un plan de transición para que el/la alumno/a regrese al establecimiento escolar. \_\_\_\_\_

**Nombre del profesional médico del tratamiento:** \_\_\_\_\_  
*(nombre en imprenta)*

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_