Santa Rosa City Schools

Medical Verification Form - Home/Hospital

(To be completed by Physician/Psychiatrist) **Date: _____**

Student:_____ **Date of Birth:_____**

Santa Rosa City Schools is committed to providing education to maintain or improve the academic performance for all students. The above named student has requested an evaluation for placement in a non-traditional and highly restrictive setting because of a medical condition. As per Education Code Section 48206.3, we are requesting information in order to make an appropriate placement. The following information is required by policy:

Medical diagnosis (ICD-9 code or DSM): _____

Indicate your placement request for this student:

_____ Student may attend school, but only with modifications, i.e. mobility supports, protection from infection from other students/staff, prn medications, proximity to restroom, emotional support, and/or modified school hours. Describe requested modifications:

_____

_____

_____ I do not believe this student can attend any school site, even with extensive modifications. **The student should be placed in Home and Hospital Services.** I understand that I may be contacted by a member of the school district's team to discuss student's placement. Describe reason(s) your patient is not able to attend school:

_____

_____

Prognosis: _____

Expected length of Home/Hospital Instruction (not to exceed 8 weeks): _____

Estimated date student may return to school: _____/_____/_____

- I verify the student has no contagious disease or other medical condition that poses a risk to district staff.
- In the case of an emotional, psychological or behavioral diagnosis, I verify that this student is receiving continuing professional care with a goal of returning to a less-restricted learning environment. **(Please attach an outline of the plan of care)**.
- I verify that the student's health allows for completion of school and homework, but the student is confined to a medical facility or his/her residence.
- I understand that placement of this student on Home/Hospital Instruction is at the discretion of Santa Rosa City Schools.
- **I understand that the medical need for Home/Hospital Instruction must be re-verified at least every eight weeks and a new Medical Verification Form must be submitted.**

Physician Signature_____ Physician Name (please print)_____

Facility Address_____ Physician Contact Phone _____

Santa Rosa City Schools

Formulario de Verificación Médica - Programa de Hogar y Hospital

(Para ser completado por el médico/psiquiatra) **Fecha: _____**

Estudiante:_____ **Fecha de Nacimiento:_____**

El distrito escolar Santa Rosa City Schools está comprometido a proporcionar educación para mantener o mejorar el rendimiento académico de todos los estudiantes. El estudiante mencionado anteriormente ha solicitado una evaluación para colocación en una escuela no tradicional y altamente restrictiva debido a una condición médica. Conforme a la Sección 48206.3 del Código Educativo, nosotros estamos solicitando información para hacer una adecuada colocación. La política del distrito requiere la siguiente información:

Diagnostico medico (DAI-9 código o DSM): _____

Indicar su colocación pedido para este estudiante:

_____ **El estudiante puede asistir a la escuela, pero sólo con adaptaciones,** es decir, apoyos de movilidad, protección contra infecciones de otros estudiantes/personal, medicamentos prn, proximidad al baño, apoyo emocional y/o horario escolar modificado. Describir las modificaciones solicitadas:

_____

_____

_____ **No creo que este estudiante pueda asistir a ninguna escuela, incluso con modificaciones importantes. El estudiante debe ser ubicado en Servicios Domiciliarios y Hospitalarios.** Entiendo que un miembro del equipo del distrito escolar puede comunicarse conmigo para discutir la ubicación del estudiante. Describa los motivos por los que su paciente no puede asistir a la escuela:

_____

_____

Pronóstico: _____

Duración anticipada de estudios en el hogar o hospital (<u>no debe exceder 8 semanas</u>): _____

Fecha aproximada del regreso de este alumno a la escuela: _____/_____/_____

- Yo verifico que el estudiante no tiene ninguna enfermedad contagiosa u otra condición médica que represente un riesgo para el personal del distrito..
- En el caso de un diagnóstico emocional, psicológico o conductual, yo verifico que este estudiante esté recibiendo atención profesional continua con el objetivo de regresar a un ambiente de aprendizaje menos restringido.. **(Por favor adjunte un resumen del plan de atención.)**.
- Yo verifico que la salud del estudiante le permite completar los estudios y las tareas, pero el estudiante está confinado en un centro médico o en su residencia..
- Entiendo que la colocación de este estudiante en instrucción en el hogar/hospital queda a discreción de Santa Rosa City Schools.
- **Entiendo que la necesidad médica de instrucción en el hogar/hospital se debe <u>volver a verificar</u> al menos cada ocho semanas y se debe presentar un nuevo formulario de verificación médica..**

Firma del médico _____ Nombre del médico (en letra de molde)_____

Dirección de la clínica _____ Teléfono del médico _____