

Solicitud de Instrucción en el Hogar/Hospital
Junio 2021
(Por favor, escriba o imprima ordenadamente)
Información para Padres/Estudiantes

Sección I

A completar por los padres/tutores

Distrito Escolar _____ Escuela _____ Grado _____

Condado de residencia _____ Última fecha en la que se asistió _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

_____ Dirección del estudiante _____

_____ Código postal _ Raza sexual _____ Seguridad social # _____ Teléfono # _____

_____ Nombre completo del padre/tutor _____ Teléfono# _____

Nombre completo de la madre/tutor _____ Teléfono# _____

¿Tiene el estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP)? Sí No

¿Tiene el estudiante un plan de la Sección 504? Sí No

Cómo llegar a la casa del estudiante _____

De conformidad con KRS 158.033(4), la elegibilidad para la instrucción en el hogar o en el hospital para estudiantes con discapacidades será determinada por el Comité de Admisiones y Salidas (ARC) y se proporcionará de conformidad con el Programa de Educación Individualizado (IEP). El presidente de ARC deberá proporcionar un aviso por escrito de la colocación en el hogar/hospital al Director de Personal Estudiantil (DPP) local para fines de inscripción en el programa utilizando el formulario en la sección IV de esta solicitud. 702 KAR 7:150.

De conformidad con KRS 159.030 (2), antes de otorgar a cualquier estudiante una exención de la asistencia obligatoria, la junta de educación del distrito en el que reside el estudiante requerirá la presentación a la junta de evidencia satisfactoria en forma de una declaración firmada de un médico debidamente autorizado, una enfermera registrada de práctica avanzada, un asistente médico, un psicólogo o un psiquiatra responsable de diagnosticar y tratar al niño. Declarar que la condición diagnosticada del niño impide o hace desaconsejable la asistencia a la escuela y requiere instrucción en el hogar o en el hospital. Si la afección está relacionada con la salud mental, entonces la declaración firmada deberá ser completada por un médico, psiquiatra, psicólogo o asistente médico con licencia descrito en KRS 202A.011 o una enfermera registrada de práctica avanzada definida en KRS 314.011 y certificada en enfermería psiquiátrica y de salud mental. Sobre la base de tales pruebas, la junta local de educación puede eximir al estudiante de la asistencia obligatoria.

Un estudiante con una condición recurrente, que resulta en períodos en los que la necesidad de instrucción en el hogar o en el hospital es intermitente y el estudiante puede asistir a la escuela por períodos cortos, puede ser salido y reingresado en instrucción en el hogar o en el hospital, y se aplicará lo siguiente:

- (a) Se requerirá la aprobación inicial del Comité de Revisión;
- (b) El Comité de Revisión revisará la necesidad de un horario alternativo de servicios basado en la verificación por parte de la declaración profesional en la solicitud de instrucción en el hogar o en el hospital de la necesidad de servicios intermitentes;

- (c) Si un profesional de la salud que completó la solicitud inicial para que un estudiante sea atendido en el hogar o en el hospital determina que el estudiante necesita tiempo adicional para los servicios, el profesional de la salud deberá presentar una declaración escrita, ya sea por correo o fax, al Director de Personal Estudiantil, solicitando tiempo adicional de hasta dos (2) semanas para los servicios y proporcionar una breve explicación de la extensión;
- (d) El Comité de Revisión se reunirá para revisar esta extensión y aprobar o denegar la solicitud de extensión, antes de la prestación de cualquier servicio extendido;
- (e) El Comité de Revisión revisará la colocación intermitente al menos cada seis (6) meses, y en ese momento el Comité de Revisión requerirá una declaración de un segundo profesional para continuar con la elegibilidad del programa; y
- (f) El padre o tutor deberá notificar al director o al Director de Personal Estudiantil antes de la necesidad de reingreso a la escuela o de salir al hogar o al hospital.

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

Para los estudiantes que reciben instrucción en el hogar o en el hospital de conformidad con una determinación de un Comité de Revisión en el Hogar o en el Hospital, la elegibilidad cesará 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 del Hogar/Hospital toma la determinación de la ubicación de este estudiante, pueden solicitar una revisión de la información proporcionada en estos formularios por el personal de salud local. Por la presente autorizo a este comité a tener acceso a la información pertinente con respecto a esta solicitud. Entiendo que si el Comité de Admisiones y Liberación toma la determinación de la ubicación de este estudiante, tendrán acceso a toda la información pertinente con respecto a esta solicitud.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Solicitud de Declaración Profesional de Instrucción en el Hogar/Hospital

****La elegibilidad para la instrucción en el hogar/hospital para estudiantes con discapacidades será determinada por el Comité de Admisiones y Altas (ARC) de acuerdo con su Programa de Educación Individual (IEP). El presidente de ARC deberá proporcionar un aviso por escrito de elegibilidad al Director de Personal Estudiantil (DPP) local para fines de inscripción en el programa. Para presentar esta notificación se utilizará el formulario previsto en la sección IV. ****

Sección II

Esta sección debe ser completada por un médico debidamente autorizado, una enfermera registrada de práctica avanzada, un asistente médico, un psicólogo o un psiquiatra responsable de diagnosticar y tratar al estudiante. Si la afección está relacionada con la salud mental, entonces la declaración firmada deberá ser completada por un médico, psiquiatra, psicólogo o asistente médico con licencia descrito en KRS 202A.011 o una enfermera registrada de práctica avanzada definida en KRS 314.011 y certificada en enfermería psiquiátrica y de salud mental. Para que una junta de educación del distrito exima a un estudiante de la asistencia obligatoria, el estudiante debe proporcionar evidencia satisfactoria en forma de una declaración firmada por un profesional de la salud calificado de que la condición diagnosticada del estudiante impide o hace desaconsejable la asistencia a la escuela y requiere instrucción en el hogar o en el hospital.

Nombre del estudiante _____

____ Sí/ ____ No apoyo la instrucción en el hogar/hospital para este estudiante. Si no apoya la instrucción en el hogar/hospital en este momento, por favor exprese sus preocupaciones y/o recomendaciones: _____

Marque una de las siguientes opciones:

____ El estudiante puede asistir a la escuela sin ningún tipo de modificación o disposiciones especiales.
Comentarios: _____

____ El estudiante puede asistir a la escuela solo con modificaciones o disposiciones especiales.
Describa las modificaciones necesarias: _____

____ El estudiante no puede asistir a la escuela en este momento debido a problemas de salud, y apoyo la instrucción en el hogar / hospital. **Si está marcado, complete el resto de la Sección II.**

Diagnóstico _____ Pronóstico: Bueno ____ Justo ____ Pobre ____

Razón (s) específica (s) por la cual el estudiante no puede asistir a la escuela en este momento: _____

¿Cuánto tiempo ha estado viendo al paciente para el diagnóstico mencionado? _____

Cantidad aproximada de tiempo que el estudiante necesitará Instrucción en el Hogar/Hospital _____

Fecha recomendada de inicio de la instrucción en el hogar/hospital: _____

Por favor, resuma la prueba y todos los demás datos recopilados que respalden la necesidad de instrucción en el hogar/hospital en este momento.

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

¿Cuál es la duración esperada del tratamiento? _____

Fecha de inicio del ingreso hospitalario, si procede: _____

Verifique aquí si este estudiante tiene una condición física crónica que es poco probable que mejore sustancialmente dentro de un año. _

¿Qué servicios auxiliares están involucrados en el tratamiento? _____

Enumere los consultores/especialistas a los que se ha referido este estudiante.

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

¿Va a hacer un seguimiento del paciente? __Sí No. Si no, ¿quién lo hará? _____

Nombre _____ Teléfono # _____

Dirección _____

Fecha prevista de regreso del estudiante a la escuela _____

¿Cuáles son sus recomendaciones para ayudar a este estudiante en su regreso a la escuela? _____

Observaciones/Comentarios: _____

Firma del Profesional Licenciado

Título

Fecha

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

¿Cuál es la duración esperada del tratamiento? _____

Fecha de inicio del ingreso hospitalario, si procede: _____

Verifique aquí si este estudiante tiene una condición física crónica que es poco probable que mejore sustancialmente dentro de un año. _

¿Qué servicios auxiliares están involucrados en el tratamiento? _____

Enumere los consultores/especialistas a los que se ha referido este estudiante.

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

¿Va a hacer un seguimiento del paciente? __ Sí No. Si no, ¿quién lo hará? _____

Nombre _____ Teléfono # _____

Dirección _____

Fecha prevista de regreso del estudiante a la escuela _____

¿Cuáles son sus recomendaciones para ayudar a este estudiante en su regreso a la escuela? _____

Observaciones/Comentarios: _____

Firma del Profesional Licenciado

Título

Fecha

Por favor, escriba en letra de molde o escriba el nombre del profesional: _____

Dirección de la oficina _____ Número de teléfono _____

_____ Número de fax _____

