Adjunto A

Distrito de la Unión Escolar Panama-Buena Vista
Salud y Seguridad & Bienestar
4200 Ashe Road, Bakersfield, CA 93313
(661) 831-8331 ext 6286 FAX: (661) 832-8002

Acuerdo de padres para la instrucción en casa y en el hospital/instrucción en casa

Esta hoja debe ser completada por el padre o tutor.

Los procedimientos del Distrito de la Unión Escolar Panama-Buena Vista (P-BVUSD) requieren que un médico, cirujano o psicólogo clínico con licencia de California, que actualmente trate al estudiante por el diagnóstico que impide la asistencia a la escuela, presente documentación que lo justifique. **Las condiciones crónicas** (ej. asma, diabetes, o epilepsia) puede que no califiquen para la Instrucción en Casa y Hospital (HHI, por sus siglas en inglés). La HHI no es autorizada por el médico, sino por P-BVUSD. La instrucción en casa es determinada por el equipo del IEP. La función del médico es proporcionar la información médica pertinente al personal de PBVUSD para que se pueda considerar una ubicación válida.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Escriba en letra de molde

Apellido _____ Nombre _____ Sexo □ M □ F

Fecha de nacimiento ____ /____ /____ Idioma del estudiante/padre _____ /_____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____

Nombre de padre/tutor _____

Información de contacto: Teléfono (_____) _____ Correo electrónico _____

¿Está hospitalizado el estudiante actualmente? □ Sí □ No

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

Escriba en letra de molde

Distrito escolar actual _____ Escuela actual _____ Grado _____

Última fecha de asistencia del estudiante ____/____/___ Maestro / Consejero _____

¿Tiene su hijo un IEP? □ Sí □ No ¿Tiene su hijo un plan 504? □ Sí □ No

Si es sí, adjunte una copia.

Horario de clases para los estudiantes de secundaria. Debe llenarse:

Periodo 1: _____ Periodo 4: _____

Periodo 2: _____ Periodo 5: _____

Periodo 3: _____ Periodo 6: _____

Aplicación de los servicios

- La instrucción en casa y en el hospital proporcionará cinco (5) horas de instrucción por semana de una manera consistente con las leyes de California.
- La instrucción en casa es determinada por el equipo del IEP.
- La instrucción en casa y en el hospital **no** comenzará hasta que los siguientes formularios hayan sido recibidos y aprobados por el distrito:

(Continúa en la siguiente página)

Distrito de la Unión Escolar Panama-Buena Vista
Salud y Seguridad & Bienestar
4200 Ashe Road, Bakersfield, CA 93313
(661) 831-8331 ext 6286 FAX: (661) 832-8002

Adjunto A

Aplicación de los servicios *(Continuado)*

- **Referencia de un médico** (completado y firmado por el médico.) o
  Referencia de la salud mental (completado y firmado por el psicólogo clínico)
- **Acuerdo de padres**
- **Autorización para la divulgación de información confidencial** (completado y firmado por el padre)

Todas las referencias de Educación Especial para estudiantes con un IEP - se tendrá que convocar una reunión de IEP para discutir y/o implementar HHI/Instrucción en Casa.

- El estudiante debe estar listo para la instrucción a la hora especificada, con materiales, libros y que sus necesidades físicas estén atendidas.
- Un adulto responsable (mayor de 18 años) debe estar presente cuando el maestro esté en su casa. **Notifique** a su maestro de HHI con al menos 24 horas **de antelación** si su hijo no puede recibir instrucción. Las sesiones de recuperación de la clase se programan a discreción del maestro asignado.

Autorización para recibir / divulgar información médica y académica con fines educativos.
Como padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y mediante mi firma, autorizo a la escuela/distrito de inscripción actual, el Distrito de la Unión Escolar Panama-Buena Vista (P-BVUSD) y al médico, cirujano y/o psicólogo clínico licenciado tratante, a divulgar e intercambiar información médica y/o académica relacionada al estudiante mencionado anteriormente. La información recibida se utilizará únicamente para ayudar a P-BVUSD a determinar la elegibilidad, los servicios apropiados, las necesidades académicas y las transiciones entre los sitios educativos para el estudiante mencionado anteriormente.

_____ _____ _____
Firma del padre/tutor Relación Fecha