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

Adjunto B

Documentación escolar para la instrucción en casa y en el hospital/instrucción en casa

Esta hoja debe ser completada por el personal de la escuela.

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento** _____

Escuela _____ **# de ID de PBVUSD** _____

Maestro/Gte del caso: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Enfermera escolar: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Consejero escolar: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Psicólogo: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico _____

Contacto escolar principal con el mayor conocimiento del estudiante:

Nombre: _____ Posición: _____ Teléfono: _____

Incluya copias de los siguientes:

- □ Copia de asistencia de Synergy
- □ IEP (más reciente, si aplica)
- □ Plan 504 (más reciente, si aplica)
- □ Horario de clases de Synergy (secundaria)
- □ Información sobre el traslado de distritos
- □ ISHP (con cualquier alojamiento de salud)

Las siguientes modificaciones y/o acciones del programa han sido implementadas.
Marque todas las que apliquen:

□ Participación en un día modificado. Describa: _____
□ Estudios independientes, horario modificado, contrato de aprendizaje, en casa o en un entorno alternativo. Describa el programa: _____
□ ¿El estudiante participa en actividades después de escuela? Sí □ No □
□ El estudiante ha sido evaluado en una reunión del equipo multidisciplinario, como una SST o RTI.
□ Se ha comenzado el proceso de referencia a SARB (incluyendo todas las notificaciones a los padres y las reuniones SART apropiadas).
    □ El Plan 504 ha sido desarrollado para adaptar las necesidades del estudiante a través de modificaciones del programa.
□ El estudiante puede recibir servicios de educación especial y tiene un Programa Educativo Individualizado.
    □ Se ha desarrollado un Plan Individualizado de Salud Escolar Confidencial con adaptaciones relacionadas a la salud.
□ Los siguientes miembros del personal han participado en este caso:
    □ Consejero escolar □ Enfermera escolar □ Psicólogo escolar
□ El médico responsable del tratamiento del estudiante ha sido contactado por: _____

Continúa en la página 2

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

Adjunto B

Marque los siguientes artículos en relación a la solicitud de HHI/Instrucción en el hogar debido a un diagnóstico de salud mental:

□ La asistencia escolar está afectada por problemas de salud mental/socioemocionales.

□ Se consultó con el consejero escolar o el psicólogo escolar.

□ ¿El estudiante tiene un diagnóstico de salud mental? Sí □ No □

Si es sí, describa: _____

□ El estudiante/la familia recibe servicios de terapia comunitarios (ej. Referencia a Child Guidance).

□ Plan de tratamiento disponible (copia adjunta).

□ Ha tenido o tiene actualmente un Plan de Apoyo para el Comportamiento (BSP, por sus siglas en inglés), Consejería y Orientación, Servicios de Psicología Escolar. Sí □ No □

Si es sí, describa: _____

□ Los síntomas afectan la capacidad del estudiante para beneficiarse de su entorno educativo/ubicación actual.

□ **Esta sección no aplica.**