Adjunto C

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

Referencia médica para la instrucción en casa y en el hospital/ instrucción en casa

NO UTILICE ESTE FORMULARIO PARA LAS CONDICIONES DE SALUD MENTAL. (USE ADJUNTO D)

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

MÉDICO: Se ha solicitado instrucción temporal en casa y en el hospital/instrucción en casa para el estudiante nombrado anteriormente. Los procedimientos del Distrito de la Unión Escolar Panama-Buena Vista (P-BVUSD) requieren que un **médico o cirujano con licencia de California**, que actualmente trate al estudiante por esta condición, presente una declaración, que incluya un diagnóstico médico, y la medida en que el estudiante no puede asistir a clases en cualquier plantel escolar. **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 instrucción en casa y en el hospital no es autorizada por el médico, sino por el Distrito de la Unión Escolar Panama-Buena Vista. 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.

Declaración del médico tratante:

¿Es físicamente capaz el estudiante de asistir a las clases en su plantel escolar, en este momento, con adaptaciones para satisfacer sus necesidades físicas o de otro tipo? □ **Sí** □ **No**

Si es sí, indique las adaptaciones sugeridas: _____

_____

¿La condición del paciente impide/prohíbe la participación en un programa de estudio alternativo, estudios independientes, reunirse individualmente con un maestro en un sitio escolar? □ **Sí** □ **No** (□ 1-2 horas/semana □ 2-3 horas/semana □ 3-4 horas/semana)

¿El paciente puede salir de casa por razones distintas a las citas médicas? □ **Sí** □ **No**

¿La condición del estudiante es contagiosa? □ **Sí** □ **No**

Diagnóstico (con código ICD):_____

_____

_____

Resumen del plan terapéutico para que el estudiante pueda volver a la escuela (requerido):_____

_____

_____

Limitaciones, restricciones o precauciones que debe tomar el personal escolar al interactuar con este estudiante:

Estimo que este estudiante estará en casa hasta (Fecha específica requerida): _____
*(No debe exceder 90 días a partir de la fecha de la solicitud *)*

(*Pacientes con cáncer: Las solicitudes presentadas con documentación firmada por el médico sobre el programa de tratamiento pueden ser consideradas para una fecha que exceda los 90 días.)

Estoy tratando al estudiante por esta condición. □ Sí □ No

Firma del médico _____, M.D. Fecha _____

Nombre del médico (Letra de molde) _____ # de licencia medica _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Domicilio_____ Ciudad_____ Código postal _____