Adjunto D

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

Documentación sobre la salud mental para la instrucción en casa y en el hospital/ instrucción en casa

NO UTILICE ESTE FORMULARIO PARA LA DOCUMENTACIÓN DE SALUD FÍSICA/MÉDICA (USE EL ADJUNTO C)

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

Psicólogo clínico: Se ha hecho una solicitud para la Instrucción en Casa y en el Hospital/Instrucción en Casa para el estudiante mencionado arriba. El Código de Educación de California §44873 requiere que un médico o cirujano autorizado de California presente una declaración que incluya un diagnóstico médico. Los procedimientos del Distrito de la Unión Escolar Panama-Buena Vista requieren que un psicólogo clínico, que actualmente esté tratando al estudiante por el diagnóstico de salud mental 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 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 psiquiatra tratante/ psicólogo clínico:

¿El estudiante es capaz de asistir a las clases en su plantel escolar con adaptaciones para satisfacer sus necesidades emocionales? □ **Sí** □ **No** Si es sí, indique las adaptaciones: _____

_____

¿El paciente puede salir de casa por razones distintas a las citas médicas? □ **Sí** □ **No**
Si es sí, ¿por qué no puede asistir el estudiante a la escuela? _____
¿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)

Diagnóstico DSM V y código ICD/DSM: _____

¿Qué medicamento(s) tiene recetados actualmente el estudiante? _____

El estudiante es un peligro para sí mismo o para los demás: ⛀ **Sí** ⛀ **No** **Explique:** _____

Plan de regreso a la escuela del estudiante (requerido para que el estudiante sea considerado para la instrucción en casa y en el hospital)
Describa el plan terapéutico (según lo implementado por usted o por el terapeuta): *Adjunte una copia.*

_____

Nombre del terapista: _____ Teléfono: _____
Fecha estimada en la que el estudiante puede volver a la escuela: ___/___/___ (*No más de 90 días desde la fecha de la solicitud.)*

Estoy tratando al estudiante por esta condición. □ **Sí** □ **No**
Entiendo que un miembro del equipo de salud del distrito escolar se pondrá en contacto conmigo.

X_____ Fecha _____
Firma del psiquiatra o del psicólogo clínico autorizado

Nombre del médico (Letra de molde) _____ # de licencia _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
Domicilio _____ Ciudad_____ Código postal _____