

Formularios de Ausente

Nombre del estudiante: _____

Atención Proveedor Médico/de Salud Mental

Los estudiantes que usan este formulario han perdido **AL MENOS 16 DÍAS** de escuela y se consideran **ausentes crónicos de la escuela**. Este formulario solo se aceptará SI el padre/tutor proporciona el perfil de asistencia del niño para que el proveedor de Medicina / Salud Mental lo revise, el estudiante es visto/evaluado por el proveedor y el proveedor determina que las ausencias son médicamente necesarias. **Las ausencias ocurridas antes de la fecha de la cita no pueden ser justificadas**. Los servicios de confinamiento en el hogar están disponibles si es médicamente necesario que este estudiante falte a la escuela más de 5 días consecutivos.

PADRES/TUTORES: Este formulario es necesario después de usar sus diez (10) ausencias justificadas por razones médicas permitidas y seis (6) notas de los padres. Este formulario debe completarse y entregarse dentro de los 5 días posteriores a la ausencia, o se contará como injustificado. **Debe proporcionar el perfil de asistencia del estudiante para que el proveedor médico/de salud mental lo revise. Puede acceder a la asistencia de su hijo en su Portal para Padres. Por favor, utilice el Formulario de Citas Médicas Recurrentes si esta es una cita recurrente.**

Divulgación de información: Autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar la información solicitada en este formulario para mi hijo mencionado anteriormente. Entiendo que esta es una divulgación recíproca entre el proveedor de atención médica/de salud mental que se enumera a continuación y los empleados de la Escuela del Condado de Mercer para compartir información educativa sobre los servicios escolares (servicios educativos especiales, planes 504, registros G/T, pruebas psicológicas, problemas de asesoramiento, etc.), ausencias, calificaciones, comportamiento e información médica relacionada con las ausencias escolares con la esperanza de prevenir el ausentismo crónico y mejorar la asistencia escolar. La información compartida entre la escuela y el proveedor de atención médica permanecerá confidencial entre las dos partes a menos que la información sea pertinente para los servicios educativos del estudiante, la seguridad del estudiante o la seguridad de los demás.

Firma del padre o tutor: _____ Date: _____

TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR PARA JUSTIFICAR LA AUSENCIA.

*Si el estudiante va a estar ausente por cinco (5) o más días consecutivos, por favor considere y complete una solicitud de confinamiento en casa.

1. Fecha de nombramiento: _____ 2. Hora de la cita: _____

3. Duración del nombramiento (seleccione a continuación) 4. Motivo de la cita (seleccione a continuación)

☐ Menos de 30 minutos
médico, asesoramiento)

☐ 30 minutos

☐ 1 hora

☐ Más de 1 hora

☐ Otros _____

☐ Visita de rutina al consultorio (dentista, ortodoncia, oftalmología,

☐ Visita de seguimiento

☐ Emergencia

☐ Pruebas

☐ Other _____

5. ¿Era **médicamente** necesario que este estudiante estuviera ausente todo el día escolar en la fecha de la cita? ☐ Sí ☐ No

(De lo contrario, excusaremos el tiempo de viaje hacia/desde la cita).

6. **Fecha** en que el estudiante puede regresar a la escuela (si no puede regresar después de la cita): _____

(Si se necesitan más de 5 días para la recuperación, complete la documentación de confinamiento en casa).

7. ¿Revisó el perfil de asistencia del estudiante (en línea o en papel) para el año escolar actual? ☐ Sí ☐ No

Nombre en letra de imprenta del proveedor de atención médica/médico: _____

Dirección: _____

Teléfono:_____

Proveedor de atención médica/médico/ARNP Firma: _____Date: _____

Revisión Principal y Signature_____Approved/Denied_____

Fecha:_____