



San Juan Unified School District
Home & Hospital Instruction (HHI)
3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608
(916) 971-7017 FAX: (916) 971-5733

ACUERDO DE LOS PADRES

Instrucción en el Hogar y Hospital (HHI) es un programa limitado disponible para estudiantes que están temporalmente enfermos o lesionados y requieren instrucción en el hogar por un período corto de tiempo. Los estudiantes pueden ser referidos a HHI si no pueden asistir a la escuela debido a una lesión o enfermedad grave que pueda resultar en una ausencia escolar de al menos tres semanas consecutivas.

Antes de hacer una referencia a HHI, deben considerarse las adaptaciones en la escuela y/o las opciones educativas alternativas como el estudio independiente, escuelas autónomas (charter), educación en casa, reducción del día escolar u otras instrucciones modificadas.

La instrucción en el hogar puede estar disponible de inmediato al inicio de los problemas de salud si parece que la ausencia superará las tres semanas.

Entiendo que, si mi estudiante reside en un hospital, programa de tratamiento u otra residencia ubicada fuera de los límites del Distrito Escolar Unificado de San Juan, el distrito escolar de residencia es responsable de la instrucción de mi estudiante.

"Responsabilidad del Distrito" (Código de Educación 48206.3): El distrito escolar donde reside el estudiante es responsable de proporcionar la instrucción en el hogar, mientras que el distrito donde se encuentra el hospital o la instalación residencial es responsable de proporcionar la instrucción allí.

La Instrucción en el Hogar y Hospital no comenzará hasta que la oficina del programa haya recibido y aprobado los siguientes formularios:

Solicitud del Médico (completada y firmada por el proveedor médico)

Acuerdo del Padre/Madre o Tutor (completado y firmado por el padre, madre o tutor)

Autorización para el Intercambio de Información Confidencial (completada y firmada por el padre, madre o tutor)

Para todas las referencias de Educación Especial – Programa Educativo Individualizado (IEP) que designe Instrucción en el Hogar y Hospital (Anexo)

Nombre legal del estudiante: _____ Fecha de

nacimiento: _____ Escuela actual a la que

asiste: _____ Grado: _____

Parent(s)/Guardian(s) Name(s): _____

Dirección de

domicilio: _____

Teléfono de contacto principal: _____ Correo electrónico

Motivo de la solicitud de Instrucción en el Hogar y Hospital (HHI):

¿Su estudiante cuenta actualmente con un IEP? _____

Por favor, ponga sus iniciales en todos los apartados a continuación y firme al final:

_____ Independientemente de la recomendación del médico, la oficina **SJUSD HHI** determinará la idoneidad de la colocación de manera individual.

Las recomendaciones que no cumplan con los criterios del Código de Educación de California para HHI serán denegadas.

Si su solicitud de inscripción o extensión en HHI es denegada, usted puede apelar la decisión por escrito.

_____ Para inscripciones que excedan seis semanas, es posible que se le solicite proporcionar a la oficina de Instrucción en el Hogar y Hospital un formulario actualizado de Solicitud del Médico.

Las referencias por salud mental están limitadas a un máximo de 60 días en Instrucción en el Hogar y Hospital.

_____ Es mi intención que mi estudiante regrese a su(s) clase(s) regular(es) tan pronto como sea posible cuando su condición médica mejore.

Después de que mi estudiante haya sido aprobado para HHI y se determine que la instrucción se llevará a cabo en el hogar o de manera virtual si se considera médicamente necesario:

(Por favor, ponga sus iniciales en cada uno de los siguientes apartados.)

_____ Estoy de acuerdo en que mi estudiante participará y estará listo para la instrucción, según lo acordado con el maestro, con materiales, libros y sus necesidades físicas cubiertas.

_____ Estoy de acuerdo en estar presente y visible, o en designar a un adulto (de 25 años o más) que esté presente en el hogar durante la Instrucción en el Hogar y Hospital (HHI).

_____ Estoy de acuerdo en proporcionar un lugar adecuado y silencioso para la instrucción.

_____ Estoy de acuerdo en notificar al maestro con 24 horas de anticipación, **antes** de la cita programada, si mi estudiante no puede recibir la instrucción por cualquier motivo.

Las sesiones/horarios de recuperación se programarán a discreción del maestro.

_____ La instrucción se ofrecerá a los estudiantes entre las 8:00 a. m. y las 3:00 p. m. (a menos que el maestro y el padre/madre acuerden lo contrario).

_____ **Estoy de acuerdo en que algunas clases no pueden ser impartidas en HHI. No se garantiza ningún horario. Se podrá ofrecer un horario alternativo.**

_____ Entiendo que mi estudiante inscrito en HHI puede no ser elegible para ciertos privilegios en su escuela regular, tales como bailes, participación en deportes, excursiones, etc. Para los estudiantes inscritos en HHI durante el segundo semestre de su último año de secundaria, la entrega del diploma debe coordinarse con el consejero de la escuela secundaria regular.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Los formularios de inscripción pueden enviarse por correo o entregarse en la oficina de HHI, enviarse por fax al 916-971-5733, o escanearse y enviarse por correo electrónico a karen.lerma@sanjuan.edu. Las preguntas sobre el programa de Instrucción en el Hogar y en el Hospital deben dirigirse a Karen Lerma, Secretaria, o a Allison Kozel, Gerente del Programa, al 916-971-7017.



San Juan Unified School District

Home and Hospital Instruction

3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608

Teléfono: (916) 971-7017 Fax: (916) 971-5733

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: _____ # de ID del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Al firmar esta autorización, doy mi consentimiento al intercambio de información entre:

Agencia/Médico	SJUSD Home & Hospital Instruction
Agencia	Agencia 3700 Garfield Ave., Room 18
Dirección	Dirección Carmichael, CA 95608
Ciudad, Estado, Código postal	Ciudad, Estado, Código postal (916) 971-7017 (916) 971-5733
Número de teléfono	Número de fax (requerido)
Número de teléfono	Número de fax

La divulgación de información se limitará a:

- | | |
|---|---|
| ☐ Registro completo (excluye información sobre HIV & drogas/alcohol) i | ☒ Informes psicológicos |
| ☐ Información de la escuela/Registros educativos | ☒ Evaluación psiquiátrica |
| ☐ Información psicosocial | ☐ Resumen de alta |
| ☒ Plan de tratamiento y progreso | Otro: _____ |
| ☐ Información médica/de salud | |

La divulgación de esta información es para los siguientes fines:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Evaluación educativa | ☐ Otro: _____ |
| ☒ Planificación educativa | (Se específico) _____ |
| Planificación de tratamiento | |

Expiración (requerido)

Esta autorización permanecerá vigente hasta _____
(No puede durar más de un año desde la fecha de la firma del padre)

Sus derechos

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Tengo derecho a negarme a firmar este formulario. Entiendo que yo puedo revocar o modificar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito. La revocación escrita entrará en vigencia una vez recibida, pero no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Restricciones

Yo entiendo que la información de salud utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por las leyes y regulaciones federales relacionadas con la privacidad de la información de salud protegida. Además, entiendo que la confidencialidad de la información cuando se divulga a una agencia educativa pública está protegida como un registro estudiantil conforme a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia "Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA).

Aprobación

Una copia de esta autorización es válida como original.

Firma del Padre/Tutor

Relación con el estudiante

Fecha

Firma del estudiante

Fecha



San Juan Unified School District
Home & Hospital Instruction (HHI)
Medical Request

Dear Medical Practitioner,

SJUSD offers Home & Hospital Instruction (HHI) as a service to meet the educational need of students with a **temporary** acute condition that **prevents attendance** at their regular school campus.

Student's Name: _____ Birthdate: _____

1. This above-named student is in my professional care and has incurred a temporary disability, which makes **attendance in their regular day classes or an alternative education program impossible or highly inadvisable for at least the next three weeks.**

Check One: ☐ Yes ☐ No Please initial here: _____

If No, please list the recommended accommodations for school: _____

2. Expected School Absence: Beginning date: _____ End date: _____

3. Medical Diagnosis: _____

4. Prognosis: _____

5. Date(s) of Medical/Psychiatric Examination: _____ Surgery Date: _____

6. Medications: _____

7. Physical limitations preventing school attendance: _____

8. Psychological or emotional limitations preventing school attendance: _____

9. Is Student's condition contagious? ☐ Yes ☐ No

This is to certify that the student named above is in my professional care. This student does not have a contagious disease that will endanger the health and safety of the teacher. I understand that placement of this student in Home & Hospital Instruction is at the discretion of SJUSD.

Practitioner's Signature: _____ Date: _____

Practitioner's Name: _____ Phone Number: _____

Practitioner's NPI #: _____ Fax Number: _____

For questions, please contact the HHI office at (916) 971-7017. Submit this form via email to karen.lerma@sanjuan.edu or fax to HHI (916) 971-5733.