

Distrito Escolar Unificado Mt. Diablo

FORMULARIO DE ACUERDO PARA PADRES/TUTORES PARA EL PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN EN HOGAR Y HOSPITAL 2026-2027 *Formulario 1 de 4*

El padre/tutor del estudiante referido debe revisar y aceptar los siguientes requisitos:

1. La autorización de un médico, psiquiatra o terapeuta con licencia para la instrucción en Hogar y Hospital (H&H) debe ser de un mínimo de 15 días escolares a un máximo de 90 días antes de que se necesite una autorización adicional para extender la instrucción.
2. Cuando el estudiante se inscribe en H&H, se le dará de baja temporalmente de su escuela de asistencia y se le retirará de las clases.
3. Si el estudiante tiene un IEP (Plan de Educación Individualizado), se requiere una reunión del equipo del IEP antes de la solicitud para decidir si la instrucción en el hogar es el mejor entorno educativo para él. Una copia del IEP actualizado y firmado debe reflejar el cambio de ubicación en H&H. Debe estar firmada por todos los participantes, y las notas de la reunión deben acompañar la derivación. Es posible que no todos los servicios sean necesarios u ofrecidos para brindar Educación Pública Gratuita y Adecuada durante el entorno de Instrucción en el Hogar. Cuando el estudiante con un IEP regresa al entorno escolar, se debe realizar una reunión del IEP para actualizar los servicios en dicho entorno.
4. Si el estudiante tiene un Plan de la Sección 504, se requiere una Plan de la Sección 504 reunión previa a la solicitud para actualizarlo y reflejar las adaptaciones apropiadas para el entorno de H&H.
5. Los estudiantes reciben una hora de instrucción en casa por asignatura por semana (a menos que el equipo del IEP o el administrador escolar especifique lo contrario), de lunes a viernes, impartida por un maestro certificado de H&H. No se permite la instrucción los días festivos (fines de semana y días festivos programados).
6. ***La instrucción en Hogar y Hospital está diseñada para mantener las habilidades y los conocimientos básicos durante una enfermedad o discapacidad temporal. Por lo tanto, los estudiantes no accederán al contenido al mismo ritmo que en las aulas tradicionales.***
7. ***Los estudiantes de intermedia y secundaria que se inscriban en H&H a mitad de un período de calificaciones recibirán créditos trimestrales o semestrales en su expediente académico combinando la calificación de H&H con la calificación de baja de la escuela de residencia. Esto puede resultar en una calificación inferior a la asignada por el maestro de H&H. Por ejemplo, si el estudiante ingresa a H&H con una "F" en su escuela de origen y el maestro de H&H le asigna una "A", la calificación final se ajustará a una "C" en su boleta de calificaciones y expediente académico.***
8. El programa de H&H no pueda ofrecer clases optativas, idiomas, AP, IB, honores, ciencias de laboratorio, CTE o cualquier otra materia que requiera instrucción práctica.
9. Un padre/tutor debe estar presente durante la instrucción.
10. El estudiante debe estar listo para la instrucción a la hora especificada, en un lugar adecuado para el aprendizaje y con los materiales apropiados.
11. La comunicación sobre la reprogramación de las sesiones debe ser gestionada por los padres/tutores, no por el estudiante.
12. Trabaje con su estudiante para asegurarse de que haya completado el trabajo asignado antes de la cita semanal. Por favor, informe al maestro de H&H si tiene alguna inquietud con las tareas.
13. Si el estudiante no asiste a las sesiones semanales, podría ser transferido de regreso a su escuela de residencia desde el programa de H&H.
14. Si el padre/tutor no autoriza la extensión de la instrucción en el hogar y hospital, el estudiante podría ser reintegrado a su escuela de residencia.
15. La solicitud de H&H solo es válida para el año escolar en curso. Se debe completar una nueva solicitud cada año escolar.

He leído la declaración anterior y entiendo y acepto que estos requisitos deben cumplirse para que la instrucción en Hogar y Hospital comience y continúe. El incumplimiento de los requisitos anteriores puede resultar en que el estudiante regrese a su escuela de residencia y la interrupción de la instrucción en Hogar y Hospital.

LOS FORMULARIOS REQUERIDOS POR EL PROGRAMA HOGAR Y HOSPITAL DEBEN SER COMPLETADOS Y DEVUELTOS AL SITIO DE LA ESCUELA DE ORIGEN:

- ☐ Formulario 1: Acuerdo de padre/ tutor
- ☐ Formulario 2: Solicitud de instrucción en el programa Hogar y Hospital
- ☐ Formulario 3: Remisión del médico/ psiquiatra
- ☐ Formulario 4: Autorización para divulgación/intercambio de información
- ☐ Enmienda del IEP (si el estudiante tiene un IEP) y notas de las reuniones
- ☐ Plan de la Sección 504 actualizado y notas de las reuniones

Nombre del estudiante: _____

Nombre del padre/ tutor: _____ **Firma del padre/tutor:** _____ **Fecha:** _____

Distrito Escolar Unificado Mt. Diablo
SOLICITUD PARA INSTRUCCIÓN DE HOGAR Y HOSPITAL DEL 2026 - 2027
Formulario 2 de 4

Núm. de Identificación Estudiantil de MDUSD: _____ Última Fecha de Asistencia a Escuela: _____ Fecha de Solicitud: _____

Apellido de Estudiante: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento de Estudiante: _____ Género: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Dirección de Residencia: _____
Calle Ciudad / Estado / Código Postal

Nombre(s) de Padre de Familia / Tutor Legal: _____

Idioma Preferido de Padre de Familia / Tutor Legal: _____

Correo (s) Electrónico(s) de Padre de Familia / Tutor Legal: _____

Número(s) de Teléfono: de Padre de Familia / Tutor Legal: _____

Razones de la Solicitud (La información se compartirá con el personal necesario): _____

Nombre de Padre de Familia / Tutor Legal: _____ Firma: _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL SITIO ESCOLAR QUE LE CORRESPONDE AL ESTUDIANTE

☐ El estudiante tiene un IEP. Nombre de Administrador de Caso: _____ Correo Electrónico: _____

☐ El estudiante tiene un 504. Nombre de Administrador de Caso: _____ Correo Electrónico: _____

Breve Historial de la Discapacidad: _____

Fecha de Reunión del IEP/504 para abordar el cambio de asignación a Instrucción de Hogar y Hospital: _____

Se Incluye Enmienda del IEP / Actualización del 504 ☐

Información del Proveedor de Servicios (Fisioterapia (PT), Terapia Ocupacional (OT), Terapia del Habla, etc.):

1) Nombre de Proveedor de Servicios: _____ Tipo de Servicio: _____

2) Nombre de Proveedor de Servicios: _____ Tipo de Servicio: _____

3) Nombre de Proveedor de Servicios: _____ Tipo de Servicio: _____

FIRMAS OBLIGATORIAS:

Director(a) o Subdirector(a) del Sitio Escolar: _____ Firma: _____

Nombre de Administrador de Caso de IEP / 504 (si corresponde): _____ Firma: _____

Consejero / Terapeuta de Salud Conductual (si corresponde): _____ Firma: _____

Nombre de Consejero Académico Escolar: _____ Firma: _____

Nombre de Enfermero(a) Escolar (cuando se trata de recomendaciones médicas): _____ Firma: _____

Distrito Escolar Unificado Mt. Diablo
DECLARACIÓN DE PARTE DE MÉDICO / PSIQUIATRA PARA SOLICITAR INSTRUCCIÓN
DE HOGAR Y HOSPITAL DEL 2026 - 2027
Formulario 3 de 4

El Distrito Escolar Unificado de Mount Diablo está autorizado por ley a brindar servicios educativos a estudiantes confinados en sus hogares u hospitalizados únicamente con la autorización de un médico, psiquiatra o terapeuta con licencia. Generalmente, la instrucción en Hogar y Hospital se proporciona una hora por materia por día escolar o cinco horas semanales en los días de clases. Esto solo debe utilizarse como una colocación temporal cuando sea necesario por razones médicas o psiquiátricas. Este servicio tiene una duración mínima de 15 días escolares y máxima de 90 días, siempre y cuando el estudiante esté bajo atención médica o psiquiátrica continua y no pueda regresar a la escuela. Se requiere autorización adicional para extender la instrucción cada 90 días. Este formulario solo es válido para el año escolar 2026-2027. El Código de Educación de California exige que se presente un nuevo formulario cada año escolar para continuar con la instrucción en el hogar y en el hospital.

El Código de Educación de California, §44873, exige que un médico o psiquiatra con licencia de California presente una declaración que incluya un diagnóstico médico en caso de que el estudiante no pueda asistir a clases en ningún campus escolar. Las enfermedades crónicas podrían no ser elegibles. **Debe notificar a nuestra oficina cuando la condición del estudiante haya mejorado lo suficiente como para que pueda regresar a la escuela. Independientemente de la fecha de finalización, todos los servicios de instrucción en Hogar y Hospital concluyen el último día de cada año escolar.**

Nombre de Estudiante: _____ Fecha: _____

El estudiante identificado anteriormente no puede asistir a clases escolares regulares, pero se encuentra preparado para poder recibir Instrucción en Hogar y Hospital. Mis conclusiones médicas y recomendaciones son las siguientes:

Diagnóstico (DSM si corresponde): _____

Resumen del Plan Terapéutico para permitir el regreso del estudiante a la escuela (si corresponde): _____

¿Qué medicamentos, si corresponde, se le han recetado actualmente al estudiante? _____

El paciente es contagioso para el (la) Maestro(a) de Instrucción Desde Casa ☐ SÍ ☐ NO Explicación: _____

El paciente representa un peligro para sí mismo o para los demás. ☐ SÍ ☐ NO Explicación: _____

Limitaciones, restricciones o precauciones que el (la) maestro(a) de instrucción de Hogar y Hospital debe tomar al trabajar con el presente estudiante: _____

FECHA PREVISTA DE REGRESO A LA ESCUELA (15 días como mínimo y 90 días como máximo): _____

Debe incluir la fecha

☐ MÉDICO ☐ PSIQUIATRA ☐ TERAPEUTA

Nombre: _____ Firma: _____

Consultorio / Especialidad: _____ Número de Licencia de California: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de Consultorio: _____ Correo Electrónico de Consultorio: _____ Fax de Consultorio: _____

Distrito Escolar Unificado Mt. Diablo
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE INSTRUCCIÓN DE
HOGAR Y HOSPITAL DEL 2026 - 2027
Formulario 4 de 4

Nombre de Médico / Psiquiatra / Terapeuta _____

Consultorio / Especialidad: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de Consultorio: _____

Fax de Consultorio: _____

Correo Electrónico de Consultorio: _____

Por la presente solicito y autorizo la divulgación de cualquier información médica, social, psicológica y/o de pruebas relevante que pueda tener o pueda recibir en relación con:

Nombre de Paciente / Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

La divulgación de esta información es necesaria para los siguientes fines: Aprobación, Verificación, Actualizaciones, etc. del Programa de instrucción de Hogar y Hospital.

Por favor dirija la información a: Kristi Kaufenberg, Administradora del Programa de Instrucción de Hogar y Hospital
(925) 685-1011 x 62010
1026 Mohr Lane, Concord, CA 94519

Jessica Pozos, Subdirectora, Subdirector de Programas de Salud Mental (925)
682-8000 x 4054
1936 Carlotta Drive, Concord, CA 94519

☐ Entiendo que este consentimiento es válido por 1 año o hasta el final del año escolar 2026 - 2027 a partir de la fecha de la firma y que puedo revocar este consentimiento, en cualquier momento, mediante un aviso por escrito.

☐ Entiendo que puedo solicitar una copia de la presente autorización para mis registros personales.

Nombre de Padre de Familia / Tutor Legal: _____

Firma de Padre de Familia / Tutor Legal: _____

Parentesco con el Estudiante: _____ **Fecha:** _____