

Descripción general de la instrucción en el hogar 2026-2027

Estimado padre/tutor,

Tenga en cuenta el siguiente cronograma y requisitos mientras su hijo está esperando la colocación en la instrucción de confinado en casa o la transición a un día truncado.

Todos los paquetes se proporcionan a través de nuestra enfermera, Departamento de Orientación o a través del sitio web del distrito y la fecha está catalogada, tenga en cuenta que la instrucción del estudiante en el hogar no comienza hasta que haya sido aprobada por la administración del distrito. La recepción de este paquete no garantiza que la instrucción en el hogar será aprobada. El distrito escolar de Patchogue-Medford se reserva el derecho de comunicarse con su profesional médico.

- a. Durante el período en que recibe este paquete y hasta que se otorgue la aprobación, se espera que su hijo haga todo lo posible para venir a la escuela, ya que las colocaciones pueden tardar hasta 10 días hábiles en ponerse en marcha. Las excepciones se hacen a discreción del distrito en consulta con el médico del niño.
- b. El distrito no comienza a organizar la instrucción en el hogar hasta que el paquete se presenta con la prueba de un profesional médico de que el niño fue visto dentro de los 10 días posteriores a la recepción de este paquete.
- c. La instrucción en el hogar generalmente no puede comenzar hasta que se hayan registrado 10 ausencias, sin embargo, el distrito conserva el derecho de comenzar la instrucción en el hogar con fecha anterior para incluir esas fechas si el paquete se ejecuta dentro de esos 10 días.
- d. Una vez que se ha enviado este formulario, puede tomar hasta 10 días hábiles para obtener la aprobación y establecer los tutores. Si después de 10 días hábiles no ha recibido la confirmación, comuníquese con el edificio de instrucción actual de los estudiantes

Director de la Escuela Primaria	Ver sitio web del distrito
Departamento de Orientación de Oregón	(631) 687-6820
Departamento de Orientación de Saxton	(631) 687-6720
Departamento del Orientación de South Ocean	(631) 687-6620
Departamento de Servicios Especiales Patchogue Medford	(631) 687-6542

- e. Los estudiantes que reciben instrucción en el hogar aún deben cumplir con las políticas de asistencia e instrucción en el hogar del Distrito Escolar de Patchogue-Medford, las cuales se pueden encontrar en el sitio web del distrito. Un estudiante que pierde más de 4 sesiones de instrucción en el hogar sin documentación médica puede recibir una calificación reprobatoria para el trimestre, ya que 1 sesión equivale a casi una semana de escuela.

Al enviar esta solicitud, conserve esta página como referencia y para obtener información de contacto.

Gracias

Kimberly Hochberg Ed.D.

Directora de Servicios Especiales

Solicitud de instrucciones para el hogar

El servicio de instrucción confinado en el hogar está destinado a niños en edad escolar del Distrito Escolar de Patchogue-Medford que no pueden asistir a la escuela debido a enfermedades físicas, mentales, emocionales, lesiones o problemas disciplinarios.

Extensión y /o Día Truncado Solamente –

¿Es esto para una extensión? * Sí o No (marque uno)

* Tenga en cuenta que las extensiones podrían resultar en cambios en un horario basado en la capacidad de proporcionar instrucción mientras se imparte instrucción extendida en casa.

Día truncado significa que un estudiante está tomando clases en la escuela cuando es posible y la instrucción se completa en casa o en la biblioteca. Mi hijo está en un día truncado ☐ Sí o ☐ No (por favor marque uno)

¿El niño se ausentará de la escuela más de diez (10) días escolares consecutivos?

☐ Sí o ☐ No (marque uno)

Direcciones:

La siguiente sirve como un medio para garantizar que se obtenga toda la información requerida para que se pueda tomar una decisión. Verifique la razón en una de las tres categorías (Médica, Educación Especial o Suspensión) que se enumeran a continuación y luego proporcione la información solicitada en las páginas asociadas con la razón. Toda la información debe estar escrita en tinta. Una decisión con respecto a la instrucción homebound se toma solo sobre la base de una solicitud completa.

1. Médico

Es responsabilidad del padre/tutor ver que todas las páginas requeridas se completen en su totalidad. Devuelva la solicitud completa a la enfermera de la escuela de su hijo.

- ☐ A. Si tiene alguna preocupación social y/o emocional relacionada con la asistencia a la escuela (tenga en cuenta que los asuntos sociales o emocionales se resolverán en la Academia Raider)
 - Página 4 – Información sobre el niño y los padres/tutores
 - Página 5 – Plan de tratamiento para la preocupación social / emocional (se puede requerir información adicional)
 - Página 6 – Información del paciente/Proveedor médico
- ☐ B. Lesión/ Física
 - Página 4 – Niño y Padre/Tutor Información
 - Página 5 – Plan de instrucción
 - Página 6 – Información del paciente/Proveedor médico
- ☐ Enfermedad
 - Página 4 – Niño y Padre/Tutor Información
 - Página 5 – Plan de instrucción
 - Página 6 – Información para el paciente

2. Educación especial

- ☐ CSE – Comité de Educación Especial
 - Página 4 – Niño y Padre/Tutor Información
 - Página 5 – Plan de instrucción
 - Página 7 – Personal de la escuela

3. Disciplinario

- ☐ Un. OSS – Suspensión fuera de escuela
 - Página 4 – Niño y Padre/Tutor Información (A completar por la escuela el día del incidente)
 - Página 7 – Personal escolar (Sección B & C)
- ☐ B. Suspensión del Superintendente
 - Página 4 – Niño y Padre/Tutor Información (A completar por la escuela el día del incidente)
 - Página 7 – Personal de la escuela (Sección B & C)

Formulario de información para niños y padres/tutores**Información del niño****Nombre**

Primero: _____

Medio: _____

Apellido: _____

Dirección Legal:

Calle: _____

Ciudad: _____

Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____**Escuela:** _____**Grado:** _____**Estado de la educación (marque uno):**☐ Educación general☐ Educación especial**Información de padres/tutores****Nombre**

Primero: _____

Medio: _____

Apellido: _____

Información de contacto:

Teléfono del residencial: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número preferido para ser contactado en:

(marque uno) ☐ Hogar ☐ Trabaja ☐ Celular

Por favor, firme la Declaración de Consentimiento a continuación. Su firma es necesaria en caso de que se requiera información adicional del proveedor de atención médica de su hijo para aprobar la solicitud de Instrucción en el Hogar.

Declaración de consentimiento del padre o tutor

Doy mi consentimiento para la divulgación de información, de conformidad con las regulaciones de HIPPA de los proveedores de atención médica de mi hijo al personal de la escuela que está *directamente* involucrado en el bienestar educativo de mi hijo, como: Enfermera de la escuela, trabajadora social, consejero de orientación, administrador y psicólogo.

Firma del padre o tutor_____
Fecha

Alternativas a la instrucción en el hogar ofrecida por Patchogue Medford

La siguiente es una lista (con una breve descripción de los servicios / adaptaciones / modificaciones de menor a mayor intensidad) que se pueden proporcionar a un estudiante. Seleccione el (los) que son más apropiados para el estudiante en este momento.

- ☐ Pase de pasillo/autobus – proporciona tiempo adicional para que el estudiante llegue y salga de las clases o al autobús
- ☐ Pase de comodidad: permite al estudiante buscar comodidad / apoyo de la clase según sea necesario, para hablar con enfermeras, orientación, psicólogos u otro personal de apoyo.
- Compañero de grupo
- ☐ Reducción de las expectativas académicas
 - Reducción de la carga de trabajo
 - Asignaciones modificadas
 - Camino alternativo a la graduación
- ☐ Día truncado
 - Comienzo tarío
 - Se va a las casas temprano
 - Transporte proporcionado por los padres
- ☐ Instrucción en el hogar (Instrucción Virtual/ Instrucción en línea)
 - Días entre semana
 - 10 horas/semana - primaria
 - 15 horas/semana - secundaria
 - No se ofrecen todas las asignaturas
- ☐ Academia Raider (Instrucción en persona)
 - Cotidiano
 - Instrucción en grupos pequeños
 - Horario completo de clases

Plan de Tratamiento PARA SOCIAL Y/O EMOTIONAL CADEDICIÓN (Debe ser completado por un proveedor de atención médica con licencia)

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
		Fecha del examen	
Diagnóstico y descripción del problema/síntoma			
Objetivo(s) a largo plazo			
Objetivos a corto plazo (puntos de referencia de comportamiento): Vea la lista a continuación	Fecha de establecimiento	Fecha de finalización proyectada	Fecha alcanzada

COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS

Información del paciente

Declaración del médico sobre condiciones incapacitantes

Debe ser completado por un Doctor en Medicina o un Doctor en Osteopatía con licencia

¿Cuánto tiempo ha estado viendo al paciente para el diagnóstico enumerado? _____

¿Alguien en el hogar está inmunocomprometidos? Marque uno ☐ Sí o NO ☐

Por favor, resuma la prueba y todos los demás datos recopilados que apoyan la necesidad de instrucción en el hogar / hospital en este momento

¿Qué servicios auxiliares están involucrados en el tratamiento? _____

Lista de consultores/especialistas a los que este estudiante ha sido referido

Nombre	Especialidad	Teléfono

¿Seguirás al paciente? (Sí, no) Si no, ¿quién lo hará?

Nombre _____

Teléfono _____

Dirección _____

Plan de tratamiento: (describa brevemente cuál es el plan para que el niño regrese a la escuela): _____

Restricciones físicas y/o limitaciones causadas por esta condición que afecta la capacidad del niño para asistir a la escuela (por favor describa):

Enumere todos los medicamentos recetados: _____

¿Se ha informado al padre o tutor de cualquier examen o tratamiento médico adicional que pueda necesitar otro proveedor de atención médica? (Marque uno) Sí ☐ NO ☐

En caso afirmación, sírvase indicar a quién se ha remitido el paciente y por qué motivo: _____

Período recomendado para la instrucción en casa. Las recomendaciones **típicas no superan las ocho (8) semanas.** *

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico (por favor imprima): _____

Firma del médico (original): _____

Dirección de la oficina: _____

Número de teléfono de la oficina: _____

Horario/Días de Oficina: _____

Fecha: _____

PHYSICIAN SAPISONAR

Licencia No. _____

SCHOOL DISTRICT PERSONNEL

Enfermera Escolar – Sección A

Como enfermera de la escuela, he verificado que el niño nombrado en la página 4 de esta solicitud es un estudiante registrado en la escuela indicada, y que he revisado la información en las páginas 3a6 para asegurarme de que esta solicitud esté completa. Cualquier comentario, recomendación o información adicional se indica en el espacio a continuación.

Comentarios/Recomendaciones/Información:

¿Debería el PPS o la Directora de Servicios Especiales ponerse en contacto con usted para obtener más información (consulte uno)? Sí ☐ No ☐

Período recomendado para la instrucción de confinación en casa: Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____

Director de la escuela – Sección B

Como director de la escuela, revisé esta Solicitud de Instrucción Homebound y doy fe de que está completa. Cualquier comentario, recomendación o información adicional que haya anotado en el espacio a continuación.

Comentarios/Recomendaciones/Información:

¿Debería el PPS o la Directora de Servicios Especiales ponerse en contacto con usted para obtener más información (consulte uno)? Sí ☐ NO ☐

Compañía del Director: Fecha: _____

Consejero de Orientación Escolar – Sección C

Como consejero de orientación escolar, revisé el expediente académico del estudiante y recomiendo los siguientes cursos. Cualquier comentario, recomendación o información adicional que haya anotado en el espacio a continuación.

Comentarios/Recomendaciones/Información:

Cursos

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Debería el PPS o la Directora de Servicios Especiales ponerse en contacto con usted para obtener más información (consulte uno)? Sí ☐ NO ☐

Notas/Comentarios:

Director of Personal de Alumnos (si procede): Fecha: _____

Fechas finales aprobadas (extensión): Fecha de inicio: Fecha de _____ Finalización: _____

Directora de Servicios Especiales: _____ Date: _____