

Solicitud para Instrucción desde Casa / Hospital
(Favor de escribir o imprimir de manera nítida)
(Revisión agosto del 2026)
Sección de Padre de Familia / Estudiante

Sección I

Debe ser completado por los padres de familia / tutores legales

Distrito Escolar _____ Escuela _____ Grado _____
Condado de Residencia _____ Último Día Asistido _____
Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección de Estudiante _____ Código Postal _____
Sexo _____ Nacionalidad _____ Núm. de Seguro Social _____ Núm. de Teléfono _____
Nombre Completo de Padre / Tutor Legal _____ Núm. de Teléfono _____
Nombre Completo de Madre / Tutor Legal _____ Núm. de Teléfono _____
¿Tiene el estudiante un Programa Individualizado de Educación (IEP, por sus siglas en inglés)? Sí ___ No ___
¿Tiene el estudiante un Plan de Sección 504? Sí _____ No _____
Direcciones para la casa del estudiante

Elegibilidad: Para calificar, un estudiante debe anticipar una ausencia de más de cinco (5) días escolares consecutivos. FCPS Regla 08.1312

Educación Especial: De conformidad con KRS 158.033(4), la elegibilidad para la instrucción desde casa o desde el hospital para estudiantes con discapacidades será determinada por el Comité de Admisiones y Egresos (ARC, por sus siglas en inglés) y se facilitará de conformidad con el Programa Individualizado de Educación (IEP) expediente, 20 U.S.C. sec. 1400 et seq. El Moderador del ARC facilitará una nota por escrito acerca de la asignación en instrucción desde Casa / Hospital al personal Directivo local de Servicios para Alumnos (DPP) para fines de inscripción en el programa por medio del formulario en la Sección IV de la presente solicitud. 702 KAR 7:150.

Verificación médica:

De conformidad con KRS 159.030(2), antes de otorgar a cualquier estudiante una exención de asistencia escolar obligatoria, la junta de educación del distrito en el que reside el estudiante deberá requerir la presentación ante la junta evidencia satisfactoria en la forma de una declaración firmada por un médico con la debida licencia, una enfermera diplomada de práctica avanzada, un asistente médico, un psicólogo o un psiquiatra responsable de diagnosticar y de dar tratamiento al menor de edad, declarando que la condición diagnosticada del menor impide o hace desaconsejable la asistencia a la escuela y requiere instrucción desde casa o desde el hospital. Si la afección está relacionada con la salud mental, la declaración firmada debe ser completada por un médico, psiquiatra, psicólogo o asistente médico acreditado, tal como fue descrito en KRS 202A.011 o bien por una enfermera diplomada de práctica avanzad, o acreditada en psiquiatría y en enfermería de salud mental. Basándose en dicha evidencia, la junta de educación local puede eximir al estudiante de la asistencia escolar obligatoria.

Colocación prolongada: Conforme al KRS 159.030(2)(b), cualquier niño que sea excusado de la asistencia escolar por más de seis (6) meses deberá tener dos (2) declaraciones firmadas por una combinación de dos (2) de los profesionales según el párrafo (a) de esta subsección. Esto no aplica si una declaración certifica que el estudiante tiene una condición física crónica que impide asistir a la escuela y es poco probable que mejore en un (1) año.

Colocación intermitente:

Un estudiante con una afección recurrente, que resulta en períodos en los que la necesidad de instrucción desde casa o desde el hospital es intermitente y el estudiante puede asistir a la escuela por períodos cortos, puede egresar y reingresar a instrucción desde casa o desde el hospital, y lo siguiente deberá corresponder:

- (a) Se deberá requerir la aprobación inicial de parte del Comité de Revisión;
- (b) El Comité de Revisión deberá revisar la necesidad de un horario alternativo de servicios basado en la verificación de la declaración profesional en la solicitud de instrucción desde casa o desde el hospital en cuanto a la necesidad de servicios intermitentes;
- (c) Si un profesional de la salud que completó la solicitud inicial para que un estudiante pueda recibir servicios desde casa o desde el hospital determina que el estudiante necesita más tiempo para los servicios, el profesional de la salud deberá enviar una declaración por escrito, ya sea por correo o por fax, al personal Directivo de Servicios para Alumnos, solicitando tiempo adicional de hasta dos (2) semanas para los servicios y deberá facilitar una breve explicación de la extensión.
- (d) El Comité de Revisión deberá reunirse para repasar la extensión y aprobar o negar la solicitud de extensión, antes de la prestación de cualquier servicio extendido;
- (e) El Comité de Revisión deberá repasar la asignación intermitente por lo menos cada seis (6) meses y, en ese momento, el Comité de Revisión deberá requerir una declaración de parte de un segundo profesional para continuar con la elegibilidad del programa; y
- (f) El padre de familia o tutor legal deberá avisar al director escolar o al personal Directivo de Servicios para Alumnos antes de la necesidad de reingresar a la escuela o de egresar para poder recibir instrucción desde casa o desde el hospital.

El embarazo no se considera un impedimento físico o de salud en sí mismo, y la naturaleza y el alcance de cualquier complicación deberá ser descrita antes de considerar la instrucción desde casa o desde el hospital para esta afección. 702 KAR 7:150.

Para los estudiantes que reciben instrucción desde casa o desde el hospital de conformidad con una determinación de un Comité de Revisión de Instrucción desde Casa o desde el Hospital, la elegibilidad deberá cesar si el estudiante trabaja, practica deportes o participa en actividades extracurriculares, con excepción si el estudiante tiene un plan 504. Para los estudiantes con un plan 504, la elegibilidad para recibir instrucción en el hogar o en el hospital no cesa si el estudiante trabaja, practica deportes o participa en actividades extracurriculares, siempre y cuando dicha participación sea coherente con su plan 504. 702 KAR 7:150.

Revisión anual: De conformidad con el KRS 159.030(2)(c), las exenciones de cualquier estudiante bajo las disposiciones de colocación en el hogar o hospital deberán revisarse anualmente y la evidencia requerida tendrá que actualizarse.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Entiendo que, si el Comité de Revisión de Instrucción desde Casa / Hospital toma la determinación de la asignación del presente estudiante, puede solicitar una revisión de la información provista en estos formularios por parte del personal local de salud. Por medio de la presente autorizo a este comité a tener acceso a la información pertinente con respecto a la presente solicitud. Entiendo que, si el Comité de Admisiones y Egresos toma la determinación de la asignación del presente estudiante, tendrá acceso a toda la información pertinente con respecto a la presente solicitud.

Firma de Padre de Familia / Tutor Legal _____ Fecha _____

Declaración Profesional de Solicitud para Instrucción desde Casa / Hospital

**** La elegibilidad para la instrucción desde casa / hospital para estudiantes con discapacidades será determinada por el Comité de Admisiones y Egresos (ARC) de acuerdo con su Programa Individualizado de Educación (IEP). El moderador del ARC deberá facilitar un aviso de elegibilidad por escrito al Personal Directivo local de Servicios para Alumnos (DPP) para fines de inscripción en el programa. El formulario facilitado en la Sección IV deberá ser utilizado para brindar tal aviso. ****

Sección II

Esta sección debe ser completada por un médico con acreditación adecuada, una enfermera diplomada de práctica avanzada, un asistente médico, un psicólogo o un psiquiatra responsable de diagnosticar y de dar tratamiento al estudiante. Si la afección está relacionada con la salud mental, la declaración firmada debe ser completada por un médico, psiquiatra, psicólogo o asistente médico acreditado, tal como fue descrito en KRS 202A.011 o bien por una enfermera diplomada de práctica avanzada tal como fue definido en KRS 314.011 y acreditada en psiquiatría y en enfermería de salud mental. Para que una junta de educación del distrito pueda eximir a un estudiante de la asistencia escolar obligatoria, el estudiante debe facilitar evidencia satisfactoria en forma de una declaración firmada por un profesional de la salud calificado de que la afección diagnosticada del estudiante impide o hace desaconsejable la asistencia a la escuela y requiere instrucción desde casa o desde el hospital.

Nombre de Estudiante _____

____ Sí / ____ No apoyo la instrucción desde casa / hospital para el presente estudiante. Si usted no apoya la instrucción desde casa / hospital en este momento, por favor indique sus inquietudes y/o recomendaciones: _____

Favor de marcar una de las siguientes opciones:

____ El estudiante puede asistir a la escuela sin ningún tipo de modificaciones o disposiciones especiales.

Comentarios: _____

____ El estudiante puede asistir a la escuela solamente con modificaciones o disposiciones especiales.

Describir la Modificaciones Necesarias: _____

____ El estudiante no puede asistir a la escuela en este momento debido a inquietudes de salud y doy apoyo a la instrucción desde casa / hospital. **Si se marcó, favor de completar el resto de la Sección II.**

Diagnosis _____ Prognosis: Bueno _____ Aceptable _____ Deficiente _____

Razones específicas por las que el estudiante no puede asistir a la escuela en este momento: _____

¿Cuánto tiempo ha estado el paciente bajo su cuidado para el diagnóstico indicado? _____

Duración aproximada del tiempo que el estudiante necesitará Instrucción desde Casa / Hospital _____

Fecha de inicio recomendada de instrucción desde Casa / Hospital: _____

Favor de brindar un resumen de las pruebas y de todos los demás datos recopilados que respalden la necesidad de instrucción desde Casa / Hospital en este momento.

¿Cuál es el plan de tratamiento para el paciente? _____

¿Cuál es la duración esperada del tratamiento? _____

Fecha de inicio de ingreso hospitalario, si corresponde: _____

Marcar aquí si el estudiante tiene una afección física crónica que es poco probable que mejore sustancialmente dentro de un año. _____

¿Qué servicios auxiliares están involucrados en el tratamiento?

Indicar los consultores / especialistas a los que ha sido recomendado el presente estudiante.

Nombre	Especialidad	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Continuará usted con el paciente? _____ Sí _____ No. De no ser le caso, ¿quién continuará con el paciente? _____

Nombre _____ Núm. de Teléfono _____

Dirección _____

Fecha anticipada de regreso del estudiante a la escuela _____

¿Cuáles son sus recomendaciones para ayudar al presente estudiante en su regreso a la escuela? _____

Observaciones/Comentarios: _____

Firma de Personal Acreditado

Cargo

Fecha

Favor de escribir en letra de molde o a máquina el nombre del profesional: _____

Dirección de Consultorio _____ Número de Teléfono _____

_____ Número de Fax _____

Solicitud para Instrucción desde Casa / Hospital

Comité de Revisión de Instrucción desde Casa / Hospital

Sección III

Nombre de Estudiante _____

Fecha en que se Recibió la Solicitud: _____ Aprobada _____ Negada _____ Incompleta _____

Si fue aprobada, la fecha de los servicios será desde _____ hasta _____

Si se niega la elegibilidad para los servicios, razón por ser negada _____

Si la solicitud está incompleta, tipo de información adicional solicitada _____

Fecha de Petición _____ Persona que fue contactada _____

Firmas de Integrantes del Comité:

Director(a) de Personal de Servicios para Alumnos _____ Fecha _____

Director(a) de Programa _____ Fecha _____

Maestro desde Casa / Hospital _____ Fecha _____

Personal Médico o de Salud Mental _____ Cargo _____ Fecha _____

Otro Profesional Relevante _____ Cargo _____ Fecha _____

Comentarios:

Favor de presentar la solicitud completa a:

Home/Hospital Director c/o Christina Moore

450 Park Place

Lexington, KY 40511

christina.moore@fayette.kyschools.us

Fax: 859-422-9874