

DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE MARTÍN, FLORIDA
ACUERDO CON LOS PADRES DE FAMILIA PARA LOS SERVICIOS DE HOSPITAL/CONFINAMIENTO EN CASA

Nombre del Estudiante: _____ #ID: _____ Escuela: _____

REQUERIMIENTOS PRELIMINARES:

1. El estudiante debe estar inscrito en el Distrito Escolar del Condado de Martín.
2. Un médico licenciado por el estado de Florida, debe certificar que: (a) debido a una condición médica o psiquiátrica, el confinamiento en el hogar/hospital, es necesario por lo menos durante 15 días consecutivos de escuela (o el equivalente de 8 días de bloques) durante los cuales el estudiante podrá participar y beneficiarse de un programa de instrucción, y (b) que dicha condición no ponga en peligro la salud del profesor, o la salud de los demás estudiantes que atiende el profesor.
3. Si la condición es de naturaleza psiquiátrica, el estudiante debe participar activamente en un plan de tratamiento regularmente programado, desarrollado por el médico. La oficina del Confinamiento en Casa/Hospital debe haber recibido una copia de este plan de tratamiento desarrollado por el médico, y la fecha en que regresará a la escuela antes de que los servicios sean iniciados.

A fin de proporcionar a su hijo los servicios a través del Programa Hospital/Confinamiento en Casa, nosotros debemos tener la promesa de parte suya, de que nos asistirá de las siguientes maneras:

1. Proporcionando un lugar limpio, tranquilo, bien ventilado y libre de humo de cigarrillos donde el profesor y el estudiante puedan trabajar.
2. Asegurarse que un adulto responsable (de 18 años de edad o mayor, esté presente durante todas las sesiones.
3. Estableciendo un horario de estudio que el estudiante debe seguir entre las visitas de los profesores.
4. Notificando al profesor del Hospital/Confinamiento en Casa o a la oficina, cuando alguna de las visitas de instrucción tuviera que ser cancelada, llamando al 219-1200, ext. 30427. (Los padres de familia, NO los estudiantes, son quienes deben llevar a cabo esta notificación).
5. Reportarse con el estudiante, a la oficina de orientación o de la secretaria del local escolar en cuanto retorne a la escuela.

El Programa de Instrucción Hospital/Confinamiento en Casa, será terminado por los siguientes motivos:

1. Fallo del padre de familia/estudiante en el acatamiento de los requerimientos del Programa Hospital/Confinamiento en Casa, arriba nombrados.
2. Recomendación del médico indicando que el estudiante está apto para retornar a la escuela.
3. El estudiante está trabajando o se va de vacaciones.
4. El final del año escolar.
5. El estudiante falla en progresar adecuadamente.

El padre de familia/guardián ha sido informado que debido a la naturaleza limitada de la instrucción en un hospital o en el confinamiento en casa, y al tiempo reducido de instrucción, los estudiantes pueden retrasarse más que sus pares, y será responsable de ponerse al día en cualquier asignación que le falte, en cuanto regrese a la escuela. Además, algunas clases pudieran necesitar ser completadas a través de *Edgenuity*.

He leído y estoy de acuerdo en acatar los requerimientos del Programa Hospital/Confinamiento en Casa.

Firma del Padre de Familia/Guardián

Fecha

FORMULARIO PARA REFERIDO MÉDICO HOSPITAL/CONFINAMIENTO EN CASA

A SER LLENADO POR EL PADRE DE FAMILIA / GUARDIÁN

I. Información del Estudiante

Fecha del Referido: _____

Nombre: _____ Número de Identificación: _____ Escuela: _____

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Médico Tratante _____ Número Telefónico: _____

Número de Fax: _____

II. Permiso del Padre de Familia/Guardián Para Revelar Expedientes

Estoy solicitando instrucción en Hospital/Confinado en Casa para el estudiante arriba nombrado, y por intermedio de la presente doy permiso al médico/terapeuta para que revele al Personal del Distrito Escolar del Condado de Martín, la información médica sobre la condición médica/psiquiátrica del estudiante. El nombre y el número telefónico del médico deben ser legibles.

Firma del Padre de Familia/Guardián

Fecha

La Regla 6A-6.03020 del Código Administrativo de Florida (FAC), identifica al estudiante en el programa Hospital/Confinamiento en Casa, como un estudiante que ha sido médicamente diagnosticado con una condición física o psiquiátrica, de naturaleza aguda o catastrófica, o una enfermedad crónica, o una enfermedad intermitente repetida debida a un problema médico/psiquiátrico persistente. La condición debe confinar al estudiante a un hospital o al hogar, y restringir actividades por un extenso tiempo. Los criterios de elegibilidad para las estudiantes embarazadas son los mismos. El médico debe indicar la condición médica específica, además del embarazo, que necesita el pedido para los servicios de Hospital/Confinamiento en Casa; la fecha estimada del nacimiento, y la cantidad estimada del tiempo que la estudiante deberá estar confinada. La condición médica que haga estos servicios necesarios, puede estar relacionada con el embarazo. El embarazo por sí mismo, no constituye elegibilidad para los servicios de Hospital/Confinamiento en Casa.

RETORNE EL FORMULARIO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO

COMPLETOS A:

ESE Homebound/Hospitalized Program

1939 SE Federal Highway, Stuart, FL 34994

TEL. # 772-219-1200, ext. 30427

FAX # 772-219-1228

La Sección III debe ser llenada por un médico licenciado de Florida

III. Certificación Médica/Psiquiátrica

Diagnóstico: _____

Fecha del comienzo: _____ Prognosis: (marque uno) Buena Estable Cautelosa

El estudiante no puede asistir a la escuela debido a estar confinado en: (marque uno) Hospital Hogar

Los servicios de Instrucción en Hospital/Confinamiento en Casa son recomendados: (marque uno) Sí No

El estudiante puede recibir servicios sin poner en peligro su salud, la salud del profesor o de los demás estudiantes atendidos por el profesor: (marque uno) Sí No

Fecha en que el estudiante podrá participar y beneficiarse de los servicios de instrucción en el Hospital/Confinamiento en Casa: _____

Este referido médico caduca el: _____ (los servicios serán proveídos durante el calendario del año escolar en curso)

NOTA: Si el retorno a la escuela ha sido recomendado antes que este referido médico haya caducado, una carta firmada por el médico tratante, declarando que el estudiante está médicamente apto/autorizado para regresar a la escuela DEBE ser recibida antes del retorno.

Comentarios: Una copia del Plan de Tratamiento Médico DEBE ser recibida antes del inicio de los servicios Hospital/Confinamiento en Casa. El plan de cuidado debe incluir como mínimo: un programa de visitas regulares (semanales, bisemanales, mensuales, etc.); las medicinas recetadas y las implicancias para la instrucción; la siguiente visita programada a la oficina; las restricciones de la actividad al aire libre; y las recomendaciones para la fecha del retorno a la escuela.

Firma del Médico Tratante
La firma del médico debe ser legible

Fecha

DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE MARTÍN, FLORIDA
Plan de Tratamiento de los Estudiantes en el Programa Hospital/Confinamiento en Casa

Nota para el Médico: Por favor, entienda que el programa hospital/confinamiento en casa, es un arreglo temporal para los estudiantes que están confinados en un hospital o en el hogar, y no les es posible asistir al campus de la escuela. Esto resultará en una disminución del tiempo de instrucción, y pudiera causar que el estudiante se atrase significativamente con respecto a sus pares en la escuela.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

1. Descripción de la diagnosis/condición actual del estudiante:

2. Programa de visitas regulares (semanales, bisemanales, mensuales, etc.):

3. Próxima visita programada:

4. Medicinas actuales y sus implicaciones en la instrucción:

Medicina(s)

Implicaciones en la Instrucción

5. Restricciones actuales que requieren que el estudiante este confinado en el hogar:

6. Describa las metas/objetivos del tratamiento, incluyendo las recomendaciones y la fecha anticipada para el retorno a la escuela. Por favor, diga que acomodaciones requiere el estudiante a fin de poder asistir al campus de la escuela.

Firma del Médico Tratante

Fecha

Una Agencia de Oportunidades Iguales

White: School

Yellow: ESE

Pink: Parent