

Santa Rosa City Schools

Forma de verificación médica – Programa de Hogar y Hospital

(Para ser completada por el médico/psiquiatra)

Estudiante: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Santa Rosa City Schools se compromete a proporcionar educación para mantener o mejorar el rendimiento académico de los estudiantes. El estudiante mencionado anteriormente ha solicitado una evaluación en un entorno no tradicional y altamente restrictivo debido a una condición médica. De acuerdo con la Sección 48206.3 del Código de Educación, estamos solicitando información para hacer una colocación adecuada. La política del distrito requiere la siguiente información:

● Diagnóstico médico (código ICD-9 o DSM): _____

● Indique su solicitud de una colocación para este estudiante:

El estudiante puede asistir a la escuela, pero solo con modificaciones, (por ejemplo: estudios independientes por 1 hr a la semana con un maestro), Apoyos para la movilidad, protección contra la infección de otros estudiantes/personal, medicamentos PRN, proximidad al baño, apoyo emocional y/o horario escolar modificado. Describa las modificaciones solicitadas:

No creo que este estudiante pueda asistir a ninguna escuela, incluso con modificaciones extensas. Entiendo que un miembro del equipo del distrito escolar puede comunicarse conmigo para discutir la colocación del estudiante. Describa la(s) razón(es) por la(s) que su paciente no es capaz de asistir a la escuela:

● Pronóstico: _____

● Duración prevista de la instrucción en el hogar/hospital (no debe exceder las 8 semanas): _____

● Fecha estimada en que el estudiante puede regresar a la escuela: ____/____/____

- Verifico que el estudiante no tiene ninguna enfermedad contagiosa u otra condición médica que represente un riesgo para el personal del distrito.
- En el caso de un diagnóstico emocional, psicológico o conductual, verifico que este estudiante esté recibiendo atención profesional y continúa con el objetivo de regresar a un entorno de aprendizaje menos restringido. (Adjunte un resumen del plan de atención).
- Verifico que la salud del estudiante le permite completar la escuela y la tarea, pero el estudiante está confinado en un centro médico o en su residencia.
- Entiendo que la colocación de este estudiante en instrucción en el Hogar/Hospital es a discreción de *Santa Rosa City Schools*.
- Entiendo que la necesidad médica de instrucción en el hogar/hospital debe volver a verificarse al menos cada ocho semanas y se debe presentar un nuevo formulario de verificación médica.**

Firma del psicólogo

Nombre del médico (con letra de molde)

Dirección de la clínica

Número telefónico del médico