

## Solicitud para Servicios Educativos en el Hogar

### Información importante para padres/tutores

#### **Propósito de la instrucción en el hogar.**

El propósito de la instrucción en el hogar es proporcionar servicios educativos en su hogar a los estudiantes con una discapacidad o enfermedad temporal o lesiones para ayudarlos a mantener su desempeño académico durante su recuperación.

#### **Elegibilidad para servicios educativos en el hogar.**

Para que sean considerados para recibir los servicios, debe completar y presentar un paquete de solicitud. Un paquete de solicitud completo incluye la forma para padres, la forma para la escuela; documentos del proveedor médico; y la forma de autorización firmada para divulgación de la información médica (HIPAA/FERPA). Esto permite que el equipo médico del Hogar/Hospital se comunique con los proveedores de salud para consultar sobre la habilidad de su hijo/a para participar en la escuela y las modificaciones que puede necesitar.

**La instrucción en el hogar no es autorizada por el doctor, sino por el Distrito Escolar Unificado de San Diego. El papel del doctor es proporcionar información médica pertinente al personal de SDUSD para que se pueda considerar la asignación válida de los servicios.**

**Inscripción para servicios de Hogar/Hospital y apoyo de transición.** Si se determina que su hijo/a es elegible para recibir instrucción en el hogar, él/ella será desinscrito de su escuela regular y será inscrito temporalmente en Instrucción en Hogar/Hospital y Apoyo de Transición.

**Servicios educativos en el hogar.** Si un estudiante es elegible para instrucción en el hogar, se proporcionarán cinco horas de instrucción por semana, típicamente programadas en una hora por día. Deberá estar presente el padre, la madre, un tutor u otro adulto responsable, de 18 años o mayor, cuando el maestro en el hogar esté en el hogar.

*Por favor siga las indicaciones abajo para presentar una solicitud para servicios educativos en el hogar.*

### **Completar y presentar un paquete de solicitud para servicios educativos en el hogar**

1. Un padre/madre/tutor completa la Documentación de padres para servicios educativos en el hogar (anexo A)
2. El personal escolar completa la Documentación de la escuela para servicios educativos en el hogar (anexo B)
3. MÉDICO: El médico tratante completa la Documentación física médica para servicios educativos en el hogar (anexo C)  
○  
SALUD MENTAL: El psicólogo clínico o psiquiatra tratante completa la Documentación de salud mental para servicios educativos en el hogar (anexo D)
4. Un padre/madre/tutor completa y firma la Autorización para divulgación de la información médica (anexo E)
5. Un padre/madre/tutor presenta el paquete completo (incluyendo cualquier anexo solicitado) a:

#### **ATTN: HOMEBOUND INTAKE COORDINATOR**

**Correo postal: Home/Hospital and Transition Supports School**

**Correo-e: hhts@sandi.net**

**Fax: (619) 344-6447**

6. Para preguntas sobre servicios en el hogar, llame al Coordinador de Ingreso a los servicios educativos en el hogar: (619) 344-6439 o visite nuestra página web en [www.sandi.net/44779](http://www.sandi.net/44779). Por favor llame para confirmar que su solicitud haya sido recibida.

*Si su hijo/a está actualmente hospitalizado y usted desea servicios educativos, por favor pida al Hospital una forma de Solicitud de Instrucción en el Hospital.*



## Documentación de padres para servicios educativos en el hogar (anexo A)

**Toda esta página debe ser completada por los padres o tutores**

Los procedimientos del Distrito Escolar Unificado de San Diego requieren que un médico con licencia de California o un psicólogo clínico con licencia, que actualmente estén tratando al estudiante por el diagnóstico que impide la asistencia escolares, presente la documentación que corrobore esto. Las **condiciones crónicas** pueden no calificar. Los servicios educativos en el hogar no son autorizados por el doctor, sino por el Distrito Escolar Unificado de San Diego. El papel del doctor es proporcionar información médica pertinente al personal de SDUSD para que se pueda considerar la asignación válida de los servicios.

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Género  M  F  
 Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idioma del estudiante/padres \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Información de contacto: Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ correo-e \_\_\_\_\_  
 Nombre de padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ ¿Está actualmente hospitalizado este estudiante?  Sí  No  
 (favor de usar letra de imprenta)

### INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

Distrito escolar actual \_\_\_\_\_ Escuela actual \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Último día de asistencia del estudiante \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Maestro/Consejero \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene su hijo/a un IEP?  Sí  No ¿Tiene su hijo/a un Plan 504?  Sí  No  Copia adjunta  
 Horario de clases de estudiantes de intermedia y preparatoria. Debe completar esta parte:  
 Periodo 1: \_\_\_\_\_ Periodo 4: \_\_\_\_\_  
 Periodo 2: \_\_\_\_\_ Periodo 5: \_\_\_\_\_  
 Periodo 3: \_\_\_\_\_ Periodo 6: \_\_\_\_\_

### Implementación de servicios

- Los Servicios de Educación en el Hogar/Hospital y Apoyo de Transición proporcionarán cinco (5) horas de instrucción por semana de acuerdo con las leyes que gobiernan la instrucción en el hogar/hospital.
- La instrucción se ofrece generalmente en dos (2) áreas de contenido.
- El estudiante será temporalmente desinscrito de su escuela regular durante el periodo en que recibe los servicios educativos en el hogar/hospital.
- Un adulto responsable (de 18 años o mayor) debe estar presente cuando el maestro en el hogar esté en el hogar.

**Autorización para padres recibir/divulgar información médica y académica para propósitos educativos.** Como padre/madre o tutor legal del estudiante nombrado arriba, y con mi firma abajo, autorizo a la escuela/el distrito actual de inscripción, Distrito Escolar Unificado de San Diego (SDUSD) y al médico tratante y/o al psicólogo clínico con licencia, a divulgar e intercambiar información médica y/o académica relacionada con el estudiante nombrado arriba. La información recibida será usada solamente para ayudar al personal de SDUSD a determinar la elegibilidad, los servicios apropiados, las necesidades académicas y las transiciones entre planteles educativos para el estudiante nombrado arriba.

X \_\_\_\_\_  
 Firma del padre/madre/tutor Relación con el estudiante Fecha



Documentación de la escuela para servicios educativos en el hogar (anexo B)

Toda esta página debe ser completada por el personal de la escuela.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ SDUSD ID # \_\_\_\_\_

Maestro/encargado del caso: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ correo-e \_\_\_\_\_

Enfermera escolar \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ correo-e \_\_\_\_\_

Consejero escolar \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ correo-e \_\_\_\_\_

Sicólogo escolar \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ correo-e \_\_\_\_\_

Contacto clave en la escuela con el mayor conocimiento del estudiante \_\_\_\_\_ (Nombre) (Puesto) (Teléfono)

Por favor incluya copias de lo siguiente:

- IEP (el más reciente, si corresponde)
Plan 504 (el más reciente, si corresponde)
ISHP (con cualquier modificación para la salud)
Documento impreso de PowerSchool sobre la asistencia
Información de transferencia de PowerSchool
Expediente de PowerSchool (intermedia y preparatoria)
Horario de clases de PowerSchool (intermedia y preparatoria)

Las siguientes modificaciones al programa y/o acciones han sido implementadas. Por favor marque todo lo que corresponda:

- Participación en día modificado. Describa:
Programa de estudio independiente, contrato de aprendizaje/contrato de CIS, educación en el hogar o ambiente alternativo.
¿Sale el estudiante de casa para actividades diferentes a la escuela? Si es así, ¿qué actividades?
Se ha hablado sobre el estudiante en una junta del equipo multidisciplinario como el SST o el RTI.
Se ha iniciado el proceso de recomendación de SARB (incluyendo todas las notificaciones apropiadas y juntas del equipo SART meetings).
Se desarrolló e implementó una Sección del Plan 504 Plan para satisfacer las necesidades del estudiante mediante modificaciones al programa.
Identificado como elegible para servicios de educación especial con un Programa Individualizado de Educación.
Se implementó un Plan Individual de Salud del Estudiante con modificaciones en la escuela relacionadas con la salud.
Los siguientes miembros del personal han participado en esta caso:
El proveedor de salud que trata al estudiante ha sido contactado por

Por favor marque los puntos que se relacionen con una solicitud para servicios de educación en el hogar debido a un diagnóstico de salud mental:

- Esta sección no se aplica al caso
La asistencia escolar está siendo afectada por problemas de salud mental/socioemocionales.
Se consultó con el terapeuta de MHRS (centro de salud mental).
¿tiene el estudiante un diagnóstico de salud mental? Describa:
El estudiante/la familia reciben servicios comunitarios de terapia.
Se obtuvo un Plan de Tratamiento.
Ha recibido previamente o está recibiendo actualmente Recursos de Apoyo al Comportamiento (BSR), Orientación y Asesoría, servicios del Sicólogo escolar. Describa:
Los síntomas están afectando la habilidad del estudiante de beneficiarse de su actual ambiente/asignación educativo.
Hospitalizado por problemas psiquiátricos en los últimos 12 meses.

Firma del administrador escolar: \_\_\_\_\_

(Nombre con letra de molde) (Título) (Fecha)



Documentación física médica para servicios educativos en el hogar (anexo C)

NO USE ESTA FORMA PARA CONDICIONES DE SALUD MENTAL. (USE EL anexo D)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

MÉDICO: Se ha hecho una solicitud temporal de Servicios de Educación en el Hogar para el estudiante nombrado arriba Los procedimientos del Distrito Escolar Unificado de San Diego requieren que un médico con licencia de California, que actualmente esté tratando al estudiante por una condición diagnosticada, impide la asistencia escolar, presente una declaración que incluya el diagnóstico médico y el alcance del impedimento del estudiante para asistir a clases en cualquier plantel escolar. Las condiciones crónicas pueden no calificar. Los servicios educativos en el hogar no son autorizados por el doctor, sino por el Distrito Escolar Unificado de San Diego. El papel del doctor es proporcionar información médica pertinente al personal de SDUSD para que se pueda considerar la asignación válida de los servicios.

Declaración del médico tratante:

¿Está el estudiante capacitado físicamente para asistir a clases en su plantel escolar actualmente, con las modificaciones necesarias para satisfacer sus necesidades físicas u otras necesidades? [ ] Sí [ ] No

Si es así, por favor enumere las modificaciones: \_\_\_\_\_

¿Prevendría/impediría la condición del paciente su participación en un programa independiente y alternativo de estudio, reuniéndose individualmente con un maestro en un plantel escolar? [ ] Sí [ ] No ([ ] 1 - 2 hrs/sem [ ] 2 - 3 hrs/sem [ ] 3 - 4 hrs/sem)

¿Puede el paciente salir de casa por razones aparte de sus citas médicas? [ ] Sí [ ] No

Diagnóstico (con código ICD): \_\_\_\_\_

Resumen del plan terapéutico para que el estudiante pueda volver a la escuela (requerido): \_\_\_\_\_

¿Es contagiosa la condición del estudiante? [ ] Sí [ ] No

Limitaciones, restricciones o precauciones que el personal escolar debe tener al interactuar con este estudiante: \_\_\_\_\_

Estimo que este estudiante estará confinado en casa hasta (se requiere la fecha específica): \_\_\_\_\_ (que no exceda de 60 días de la fecha de solicitud\*)

(\*Pacientes de cáncer: Las solicitudes presentadas con la documentación firmada por el médico sobre el programa de tratamiento pueden ser consideradas para una fecha mayor a los 60 días)

Yo estoy administrando el tratamiento del estudiante para esta condición. [ ] Sí [ ] No

Firma del médico \_\_\_\_\_ M.D. Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del médico (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ M.D. Licencia # \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_



Documentación de salud mental para servicios educativos en el hogar (anexo D)

NO USE ESTA FORMA PARA CONDICIONES DE SALUD FÍSICA/MÉDICAS (USE EL anexo C)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Psiquiatra/sicólogo clínico tratante: Se ha hecho una solicitud temporal de Servicios de Educación en el Hogar para el estudiante nombrado arriba Los procedimientos del Distrito Escolar Unificado de San Diego requieren que un psiquiatra o sicólogo clínico con licencia, que actualmente esté tratando al estudiante por el diagnóstico de salud mental que le impide la asistencia escolar, presente la documentación que lo corrobore. Las condiciones crónicas pueden no calificar. Los servicios educativos en el hogar no son autorizados por el doctor, sino por el Distrito Escolar Unificado de San Diego. El papel del doctor es proporcionar información médica pertinente al personal de SDUSD para que se pueda considerar la asignación válida de los servicios.

Declaración del Psiquiatra/sicólogo clínico tratante:

¿Está el estudiante capacitado para asistir a clases en su plantel escolar actualmente, con las modificaciones necesarias para satisfacer sus necesidades emocionales?  Sí  No Si es así, por favor enumere las modificaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Puede el paciente salir de casa por razones aparte de sus citas médicas?  Sí  No

Si es así, ¿por qué no puede el estudiante asistir a la escuela? : \_\_\_\_\_

¿Preveniría/impediría la condición del paciente su participación en un programa independiente y alternativo de estudio, reuniéndose individualmente con un maestro en un plantel escolar?  Sí  No ( 1 - 2 hrs/sem  2 - 3 hrs/sem  3 - 4 hrs/sem)

Diagnóstico DSM V y código ICD/DSM: \_\_\_\_\_

¿Qué medicamento(s) tiene prescrito(s) actualmente el estudiante? \_\_\_\_\_

¿Presenta el estudiante peligro para sí mismo o para otros?:  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_

Plan para el regreso del estudiante a la escuela (requerido para que el estudiante sea considerado para Servicios Educativos en el Hogar).

Describa el plan terapéutico (como sea implementado por usted o el terapeuta): \_\_\_\_\_ (Favor de adjuntar).

Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha estimada en que el estudiante podrá volver a la escuela: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Que no exceda de 60 días de la fecha de solicitud.

Yo estoy administrando el tratamiento del estudiante para esta condición actual.  Sí  No

Entiendo que seré contactado por un miembro del equipo de salud del distrito escolar.

X \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_ Firma del Psiquiatra o sicólogo clínico con licencia

Nombre del médico (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Licencia # \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_



(anexo E)

**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE Y A LAS ESCUELAS**

Al completar este documento se autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud individualmente identificable, como se indica abajo, de acuerdo con las leyes Federales y de California (e.g., HIPAA) que conciernen a la privacidad de tal información. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

**INFORMACIÓN PARA PADRES USO O DIVULGACIÓN:**

Nombre del paciente/estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer y segundo nombres Fecha de nacimiento

X \_\_\_\_\_

Proveedor/agencia de cuidados de salud

Proveedor/agencia de cuidados de salud

Escuela a la que se proporcionará la autorización de divulgación:

Instrucción en el Hogar/Hospital y Apoyo de Transición de SDUSD 5465 El Cajon Blvd., Annex B4 San Diego 92115

Persona(s) de contacto en la escuela:

Enfermera de SDUSD, médico, psicólogo escolar, maestro, clínico de salud mental y proveedores de servicios relacionados

Se requiera la divulgación para el siguiente propósito: PLANEACIÓN EDUCATIVA

**La información requerida será limitada a:**

Toda la información mínima necesaria;  información específica de la enfermedad como se describe: \_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** Con efecto inmediato y permanecerá vigente hasta \_\_\_\_\_, o por un año a partir de la fecha de la firma si no se especifica una fecha.

**RESTRICCIONES:** La ley de California prohíbe al Solicitante divulgar a terceros mi información de salud a menos que el Solicitante obtenga otra autorización mía o a menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

**DERECHOS DE LOS PADRES/TUTORES:** Comprendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o a mi nombre, y entregada a las agencias/ personas encargadas del cuidado de la salud nombradas arriba. Mi revocación se hará efectiva al momento de la recepción, pero no será efectiva en la medida de que el Solicitante u otros hayan actuado basados en esta Autorización.

**DERECHOS DE LOS ESTUDIANTES:** Los estudiantes entre los 12 y 18 años deben firmar esta forma para poder aprobar la divulgación de la información relacionada con la salud mental y asuntos de planificación familiar.

**DIVULGACIÓN A TERCEROS:** Comprendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información como lo señala la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y que la información se vuelve parte del expediente educativo del estudiante. La información será compartida con personas que trabajan en o con el Distrito Escolar para el propósito de proporcionar ambientes educativos seguros, apropiados y menos restrictivos y servicios escolares y programas de salud.

*Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Puede requerirse la firma de esta Autorización para que este estudiante pueda obtener los servicios apropiados en el ambiente educativo.*

**Yo, el/la que suscribe, por medio de la presente autorizo a los proveedores de salud nombrados arriba a intercambiar información con la escuela nombrada arriba.**

APROBACIÓN: \_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre/madre Firma del padre/madre Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente/estudiante Código de área y número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del estudiante Firma del estudiante Fecha