



**FORMULARIO MÉDICO PARA LA EDUCACIÓN CONFINADA AL HOGAR**  
**(Todas las secciones se deben completar para la consideración de su aprobación)**  
**PÁGINA 1 DE 2**

**PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA:**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ IEP o Plan 504: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
**(Por favor incluya una copia)**

Nombre del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto Escolar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN LEGAL:**

¿Entiende usted que la instrucción "de apoyo" confinada al hogar es un programa educativo alternativo ofrecido en el domicilio, en un hospital o en un sitio relacionado para un estudiante que se encuentra temporalmente en el hogar u hospitalizado debido a una enfermedad repentina, una lesión, un episodio recurrente de una condición crónica, accidente, o embarazo, parto o una condición médica relacionada con el embarazo o el parto?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

¿Entiende que la instrucción confinada al hogar no es un sustituto para el salón de clases?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_

¿Entiende que la instrucción confinada al hogar se ofrece 5 horas por semana (K-5) o 7 horas por semana (6-12)?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_ (El equipo del IEP del estudiante determinará las horas semanales cuando sea apropiado)

¿Entiende que tendrá que proporcionar actualizaciones médicas y/o psicológicas bajo solicitud o los servicios de la instrucción en el hogar serán terminados?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_

Si es aprobado usted está de acuerdo con lo siguiente:

- Deberá asegurarse de que un adulto responsable, mayor de 21 años, esté presente en el hogar durante todo el periodo de la instrucción en el hogar.
- Deberá permitir que el profesor y estudiante trabajen sin distracciones como el TV, radio, mascotas, etc.
- Deberá notificar al proveedor del servicio dentro de 24 horas si necesita cancelar una cita programada.
- Deberá organizar las citas médicas, terapias, etc., para que las citas no entren en conflicto con la instrucción programada.
- Deberá firmar la hoja de asistencia de los profesores al final de cada periodo de instrucción.
- Deberá notificar a la persona de contacto en la escuela si hay alguna discrepancia con los servicios en el hogar.
- Entiende que los servicios de instrucción en el hogar terminarán si el médico recomienda que el estudiante puede asistir a la escuela.
- Entiende que el incumplimiento de las condiciones mencionadas anteriormente resultará en la terminación de la instrucción en el hogar.

Nombre del Padre/Guardián Legal (En Letra Molde Por favor)

Firma del Padre/Guardián

Fecha

**Richard L. Gregg, Superintendent**

The Christina School District is an equal opportunity employer and does not discriminate on the basis of race, color, creed, religion, gender (including pregnancy, childbirth and related medical conditions), national origin, citizenship or ancestry, age, disability, marital status, veteran status, genetic information, sexual orientation, or gender identity, against victims of domestic violence, sexual offenses, or stalking, or upon any other categories protected by federal, state, or local law. Inquiries regarding compliance with the above may be directed to the Title IX/Section 504 Coordinator, Christina School District, 600 North Lombard Street, Wilmington, DE 19801; Telephone: (302) 552-2600.



**FORMULARIO MÉDICO PARA EDUCACIÓN CONFINADA AL HOGAR**  
**(Todas las secciones se deben completar para la consideración de su aprobación)**  
**PÁGINA 2 DE 2**

**PARA SER DILIGENCIADO POR EL MÉDICO/PSIQUIATRA/PSICÓLOGO o ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA/ASISTENTE DEL MÉDICO (empleado por o quien tiene una colaboración o un acuerdo escrito con un médico portador de una licencia):**

Su paciente, \_\_\_\_\_, ha sido recomendado para recibir Educación en el Hogar. ¿Entiende usted que la instrucción "de apoyo" confinada al hogar es un programa educativo alternativo ofrecido en el domicilio, en un hospital o en un sitio relacionado para un estudiante que se encuentra temporalmente en el hogar u hospitalizado debido a una enfermedad repentina, una lesión, un episodio recurrente de una condición crónica, accidente, o embarazo, parto o una condición médica relacionada con el embarazo o el parto? Al firmar este formulario reconoce y está de acuerdo que este estudiante recibirá 5 horas de instrucción por semana (grados K-5) o 7 horas por semana (grados 6-12). Por favor asegúrese de que su paciente realmente necesita de la instrucción en el hogar antes de completar este formulario. Puede utilizar una hoja separada para proporcionar información adicional.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Pronóstico: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente tratando a este paciente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así: Fecha de la última cita \_\_\_\_\_ Próxima Cita \_\_\_\_\_

Plan del tratamiento Médico/Psicológico/Intervenciones Médicas, etc., que serán utilizadas para ayudar al estudiante a regresar a la escuela: \_\_\_\_\_

Estado actual/disposición del paciente: ¿esta el estudiante confinado al hospital o al hogar?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Duración anticipada del tiempo fuera de la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha estimada del Comienzo del Confinamiento \_\_\_\_\_ Fecha Estimada del Fin del Confinamiento: \_\_\_\_\_

¿Se espera que su paciente esté ausente de la escuela debido a una condición física o psicológica por al menos 10 días?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Entiende que la instrucción confinada al hogar no es un sustituto para el salón de clases?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Será el estudiante capaz de participar y beneficiarse de un programa educativo?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Proporcione detalles del por qué la condición médica/psicológica impide que su paciente sea instruido en un entorno de educación regular. \_\_\_\_\_

Si el paciente es incapaz de asistir a la escuela, describa los intentos anteriores para llevar a su paciente al salón de educación regular. \_\_\_\_\_

¿Pueden hacerse algunas adaptaciones razonables para mantener a su paciente en el salón de clases? (Explique) \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor (En Letra Molde Por favor) \_\_\_\_\_

Firma del Doctor (El sello de goma no es aceptable) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Número del Teléfono del Doctor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**REGRESAR A: Persona de Contacto en la Escuela:** \_\_\_\_\_ **Número del Fax:** \_\_\_\_\_

**Richard L. Gregg, Superintendent**

The Christina School District is an equal opportunity employer and does not discriminate on the basis of race, color, creed, religion, gender (including pregnancy, childbirth and related medical conditions), national origin, citizenship or ancestry, age, disability, marital status, veteran status, genetic information, sexual orientation, or gender identity, against victims of domestic violence, sexual offenses, or stalking, or upon any other categories protected by federal, state, or local law. Inquiries regarding compliance with the above may be directed to the Title IX/Section 504 Coordinator, Christina School District, 600 North Lombard Street, Wilmington, DE 19801; Telephone: (302) 552-2600.