



Solicitud para Servicios de Enseñanza Casa/Hospital

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Para ser llenado por padre/tutor.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_ F Fecha de Nac \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléf., Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléf., Celular/Padre (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Teléf., Celular/Estudiante (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Tutor \_\_\_\_\_

**Autorización para Recibir/Emitir Información Médica y Académica con Propósitos Educativos.** Como padre o tutor legal del estudiante arriba mencionado y por mi firma abajo, autorizo al Distrito Escolar Unificado de Oakland y doctor identificado al reverso de esta hoja para emitir e intercambiar información médica relacionada a nombre del estudiante arriba mencionado para elegibilidad de servicios de enseñanza Casa/Hospital (H/H) puedan ser determinados. Certifico estar consciente que puedo solicitar revisión de cualquier archivo emitido y puedo recibir copia de cualquier material intercambiado. La información recibida será usada para ayudar al Distrito Escolar Unificado de Oakland en determinar elegibilidad de servicios de enseñanza Casa/Hospital para el estudiante arriba mencionado. En el caso que el estudiante arriba mencionado sea aceptado al Programa Casa/Hospital, la información puede ser usada por el instructor designado por el Distrito Escolar Unificado de Oakland con propósitos de adecuar curso apropiado de estudio para el estudiante.

Favor de poner iniciales a todo lo siguiente y firmar abajo:

\_\_\_\_\_ Por este medio solicito que mi hijo sea evaluado por OUSD para el programa Casa/Hospital porque temporalmente no puede asistir a la escuela por razones médicas.

\_\_\_\_\_ Es de mi conocimiento que la colocación en este programa es a discreción de OUSD.

\_\_\_\_\_ Es mi intención que mi hijo regrese a clases regulares tan pronto como sea posible y condición médica mejore.

Después que mi hijo sea evaluado, si se determina que la enseñanza se llevará a cabo en la casa:

\_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en estar presente en la casa o tener un adulto responsable designado (mayor de 18 años) en casa durante todos los servicios de Casa/Hospital.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en proporcionar un lugar apropiado para la enseñanza.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en tener a mi hijo listo para la enseñanza según se acuerde con el maestro H/H.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en notificar al maestro al menos (2) dos horas anticipadas si mi hijo no podrá recibir enseñanza por alguna razón.

X \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma Padre/Tutor



**ALTERNATIVE EDUCATION – HOME/HOSPITAL PROGRAM**

**AUTORIZACIÓN DE USAR O EMITIR INFORMACIÓN DE SALUD DE Y PARA ESCUELAS**

Al llenar este documento autoriza emitir y/o usar información de salud individual identificable, como se establece abajo, consistente con la ley Federal y de California concerniente a la privacidad de dicha información. Inconsistencia en proporcionar toda la información requerida puede invalidar esta autorización.

**USO Y EMISIÓN DE INFORMACIÓN:**

Nombre de Paciente/Estudiante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre MI Fecha de Nac.

Yo, con esta firma, por este medio autorizo (nombre de agencia y/o proveedores de cuidados de salud):

\_\_\_\_\_

Para proporcionar información de archivos médicos del niño arriba mencionado para y de:

Programa OUSD Casa/Hospital \_\_\_\_\_ 746 Grand Ave. #4A, Oakland, CA 94610

Distrito Escolar/Programa para el cual se emite \_\_\_\_\_ Dirección/Ciudad/Estado/CP

OUUSD Personal Casa/Hospital:  
Director, Asist. de Admon., H/H Instructores \_\_\_\_\_ (510) 597-4294 Fax (510) 597-4296  
Contactar Persona del Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Números de Teléfono y Fax

Proporcionar información de salud es requerida para el siguiente propósito: planeación educativa

Información solicitada debe estar limitada a lo siguiente:

- Mínima información de salud necesaria;  Información específica de enfermedad según descrita:

**DURACIÓN:**

Esta autorización es efectiva inmediatamente y deberá permanecer efectiva hasta (fecha) \_\_\_\_\_ o por un año a la fecha de la firma, si no está fechado.

**RESTRICCIONES:**

La ley de California prohíbe al Solicitante emitir otra información de salud a menos que el Solicitante obtenga otra forma de autorización mía o a menos que dicha emisión sea específicamente requerida o permitida por ley.

**SUS DERECHOS:**

Es de mi conocimiento 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 mi o mi consentimiento, y entregada a las agencias/personas de servicios de cuidados de salud listadas arriba. Mi revocación será efectiva al recibirse, pero no será efectiva la extensión que el Solicitante u otros han efectuado con respecto a esta Autorización.*

**RE-EMITIR:**

Entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información según se expresa en Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares (FERPA) que la información sea parte del archivo educativo del estudiante. La información se compartirá con individuos que trabajan en o con el Distrito Escolar con propósito de proporcionar seguridad, apropiada y menos restringida ambientes educativos y servicios y programas de salud. Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Firmar esta autorización puede ser requerido a manera de que este estudiante obtenga servicios apropiados en ambiente educativo.

**APROVAR:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre (letra de molde) Firma Fecha  
\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente/Estudiante Área y Número de Teléfono



**ALTERNATIVE EDUCATION – HOME/HOSPITAL PROGRAM**

**Nombre de Paciente/Estudiante:** \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2: DECLARACION DEL MÉDICO**

PARA SER LLENADO POR EL DOCTOR\* TRTAMIENTO DEL NIÑO POR CONDICIONES MÉDICAS LISTADAS ABAJO

\*Para desordenes psiquiátricos, debe ser psiquiatra o psicólogo clínico titulado

Enseñanza temporal a domicilio es proporcionada a estudiantes que no pueden asistir a la escuela temporalmente por razones que estén relacionadas a enfermedad o lesión. Estudiantes con discapacidades a largo plazo tienen que ser referidos a evaluación de educación especial. El Código de Educación de California 44873 requiere que un doctor con licencia de California o psicólogo clínico titulado proporción justificación por escrito, incluyendo diagnostico médico, indicando el tiempo el cual el estudiante no puede asistir a la escuela.

Preguntas: Favor de llamar Programas Casa/Hospital 510-597-4294.

**A. Diagnostico Afectando la Habilidad del Estudiante de Asistir a la Escuela**

Diagnostico	Código de Diagnostico ICD-9/10
-------------	--------------------------------

B. ¿Puede el paciente dejar su casa por otras razones aparte de sus citas medicas?  Si  No

**C. Indicar colocación solicitada para este estudiante.**

**Estudiante puede asistir a la escuela solo con** Describir modificaciones a solicitud:

**modificaciones solicitadas**, eje. Apoyo movilidad, Protección contra infección de otros estudiantes/personal, medicamentos, proximidad al baño, apoyo emocional, modificar horario escolar. \_\_\_\_\_

**No Creo que este estudiante puede asistir** Describir razones su paciente no puede ir a la escuela:

**a la escuela, aun con suficientes modificaciones**  
Tengo entendido que seré contactado \_\_\_\_\_  
Por miembro del distrito para discutir \_\_\_\_\_  
En equipo, colocación del estudiante. \_\_\_\_\_

D. **Plan para que estudiante regrese a escuela.** Solicitud del doctor no debe exceder sesenta (60) días hábiles de la fecha de solicitud

**Fecha estimada que estudiante puede regresar a la escuela** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(no debe exceder 60 días hábiles de fecha de solicitud)

**E. Información del Doctor**

Yo estoy al cuidado de este estudiante  Si  No

Diagnostico psiquiátrico: Yo soy el psiquiatra o psicólogo titulado.  Si  No

**Nombre del Doctor** (letra de molde o sello) \_\_\_\_\_ Licencia Núm. \_\_\_\_\_  
Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ Fecha/Firma \_\_\_\_\_  
**Firma del Doctor**



**ALTERNATIVE EDUCATION – HOME/HOSPITAL PROGRAM**

**Seccion 3: INFORMACIÓN DE LA ESCUELA** Para ser llenado para los archivos escolares, designado.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Grade \_\_\_\_\_

Ultima Escuela: \_\_\_\_\_ Ultima Escuela: \_\_\_\_\_

Maestro/Consejero: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Tiene este estudiante un IEP?  Si  No Si la respuesta es si, anexe una copia.

Tiene este estudiante un 504?  Si  No Si la respuesta es si, anexe una copia.

Programa escolar para estudiantes de secundaria o preparatoria DEBEN ser anexados o registrados abajo.

PERIODO 1 \_\_\_\_\_

PERIODO 4 \_\_\_\_\_

PERIODO 2 \_\_\_\_\_

PERIODO 5 \_\_\_\_\_

PERIODO 3 \_\_\_\_\_

PERIODO 6 \_\_\_\_\_

Algunos cursos no podrán ser impartidos en la casa u hospital.

Enseñanza temporal a domicilio se proporciona a estudiantes que no pueden asistir a la escuela temporalmente por razones que estén relacionadas a una enfermedad o lesión que impida al estudiante asistir a clases en su escuela regular. El período esperado de ausencia debe ser al menos de veinte (20) días escolares. Estudiantes con discapacidades a largo tiempo deben ser referidos a evaluación de educación especial.

He revisado el caso de este estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Director/Designado