

Hillsborough County Public Schools
Educación de Estudiantes Excepcionales (ESE)
Solicitud de Instrucción en la Casa/Hospital

Programas de Instrucción en la Casa/Hospital
129 E. 124th Avenue
Tampa, FL. 33612

Número de teléfono: 813-375-3950
Número de fax: 813-375-3959
Email: hospital_homebound@hcps.net

Póliza de este programa

- Un médico licenciado debe certificar que el estudiante estará ausente de la escuela debido a una condición física o psiquiátrica que confina al estudiante en el hogar o en el hospital durante al menos 15 días escolares y será capaz de participar y beneficiarse de la instrucción. No hay un periodo de espera para solicitarlo.
- El estudiante debe estar bajo atención médica por una enfermedad o lesión de indole aguda, catastrófica o crónica.
- El estudiante puede recibir un programa de instrucción sin poner en peligro la salud y la seguridad del maestro o de otros estudiantes con los que pueda entrar en contacto.
- El padre, tutor, cuidador principal o administrador del hospital ha firmado un acuerdo relativo a las políticas de este programa, esto puede incluir un acuerdo de telecomunicación.
- El estudiante está matriculado en una escuela pública antes de la remisión; en los cursos de preescolar a duodécimo grado; el/la niño(a) tiene entre tres (3) y cinco (5) años y se ha determinado que cumple los requisitos como estudiante discapacitado.
- Un estudiante que asiste a la escuela parte de un día durante el período de recuperación o que es diagnosticado por un médico como enfermo crónico y estará ausente durante al menos 15 días que no pueden ser consecutivos, puede ser considerado para la co-inscripción.
- Las normas del Consejo de Educación del Estado de *Florida* definen al estudiante confinado en casa como un estudiante diagnosticado con una condición médica o psiquiátrica que confina al estudiante en casa o en el hospital y cuyas actividades están restringidas durante un período prolongado de tiempo. Si el estado médico o psiquiátrico del estudiante ha mejorado hasta un nivel que le permita participar en actividades fuera del hogar o del hospital, se convocará una reunión del Equipo del IEP para analizar los datos y una posible reevaluación.
- El embarazo no se considera una condición médica que cumpla con los criterios de elegibilidad para este programa al menos que un médico certifique que la condición médica confina al estudiante al hogar o al hospital y restringe sus actividades durante al menos 15 días escolares consecutivos. La información médica de una estudiante embarazada debe incluir: 1) la condición médica específica, 2) la fecha estimada del parto y 3) la duración estimada del confinamiento de la estudiante.
- La remisión por parte de un médico autorizado representa los datos de la evaluación que revisará el comité del IEP. No obliga a prestar servicios de este programa.
- **Toda la información debe ser completada en su totalidad antes de que la elegibilidad pueda ser considerada.**

PERMISO DE LOS PADRES: (Rellenado por el padre/madre/tutor)

Como padre/tutor, entiendo y acepto que el personal de las Escuelas del Condado de *Hillsborough* y los médicos pueden intercambiar información sobre la condición médica del estudiante y el programa de instrucción. Estoy de acuerdo en cooperar con estas políticas del Programa de Instrucción en la Casa/Hospital.

Firma Padre/Madre/Tutor

Fecha

Firma del estudiante mayor de edad

Fecha

SECCIÓN DE SOLICITUD PARA PADRES O TUTORES

I. INFORMACION DEL ESTUDIANTE: (Rellenado por la escuela y padre/madre/tutor)

Nombre del estudiante (letra molde)	Apellido	Primer Nombre	# Estudiantil	Género	Raza
Nombre de la escuela		# telefónico de la escuela	Edad	Grado	Fecha de Nacimiento
Padre/Madre/Tutor			# de teléfono de la casa	# de teléfono del trabajo	
Dirección		Ciudad		Código postal	
Correo electrónico del padre/madre/tutor	Correo electrónico del estudiante		Dirección/Domicilio para recibir instrucción		
Persona de Contacto		Relación		# de teléfono	
Número del celular del padre/madre/tutor		Número del celular del estudiante			

Grados 6-12 solamente: ¿El estudiante tiene acceso a una computadora? _____ Internet? _____

¿El estudiante tiene un *IEP*? _____

¿Por qué cree que su hijo(a) se beneficiaría de los servicios de Instrucción en la Casa/Hospital? _____

Políticas de Elegibilidad

1. Entiendo que la elegibilidad se basa en los Estatutos de Florida, la Regla 6A-6.03020 de la Junta Estatal, y que la declaración del médico y los formularios de remisión médica forman parte de la información utilizada para determinar la elegibilidad.
2. Entiendo que mi hijo(a) debe estar matriculado en una escuela pública antes de la presentación de la remisión para el Programa de Instrucción en Casa/Hospital.
3. Entiendo que los servicios del Programa de Instrucción en Casa/Hospital son para estudiantes confinados en casa o en el hospital debido a una condición médica o mental, de índole aguda, catastrófica o crónica.
4. Entiendo que si mi hijo(a) es elegible para los servicios del Programa de Instrucción en Casa/Hospital y las circunstancias cambian, mi hijo(a) será despedido del programa para que pueda regresar a la escuela.
5. Entiendo que si mi hijo(a) es elegible para los servicios de este programa, cada una de sus ausencias debe ser reportada a la oficina del Programa de Instrucción en Casa/Hospital diariamente.
6. Entiendo que este programa se pondrá en contacto con el médico de mi hijo(a) para completar la sección de solicitud médica. Puedo solicitar copias en cualquier momento.

Expulsión del Programa

La expulsión del programa puede ocurrir por las siguientes razones:

1. El médico recomienda que el estudiante puede asistir a la escuela asignada por su distrito.
2. El estudiante es incapaz de participar en la enseñanza y beneficiarse de ella.
3. Cuando la oficina del Programa de Instrucción en Casa/Hospital no reciba un formulario de Certificación Médica actualizado antes de la fecha de vencimiento, el estudiante será reincorporado a su escuela asignada por el distrito. Se llevará a cabo una reunión en base a la expulsión para determinar los siguientes pasos a seguir.
4. El estudiante no sigue las políticas del Código de Conducta del Estudiante de *HCPS*, y el Acuerdo de Cooperación de los Padres.

Hillsborough County Public Schools
Educación de Estudiantes Excepcionales (ESE)
Solicitud de Instrucción en la Casa/Hospital

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO MUTUO DE INFORMACIÓN

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo el intercambio mutuo de registros o información relacionada con mi hijo o conmigo mismo, _____, entre las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough y las siguientes agencias (incluya todas las escuelas, médicos, psicólogos, hospitales, clínicas, etc., que puedan haber tenido contacto significativo con su hijo):

Nombres

Números de teléfono/Fax

Los expedientes específicos que deben divulgarse se refieren a:

- Recibir/discutir los expedientes y la información médica con el profesional médico, incluidas las implicaciones educativas/y plan de reincorporación a la escuela.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes psicológicos | <input type="checkbox"/> Informes médicos/salud/registros de nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de diagnóstico/Informes/Registros | <input type="checkbox"/> Expedientes de educación/académicos |
| <input type="checkbox"/> Informes sobre el historial social y de desarrollo | <input type="checkbox"/> Datos de pruebas estandarizadas |
| <input type="checkbox"/> Registros de asistencia | <input type="checkbox"/> Informes psiquiátricos |

- El objetivo de facilitar estos registros es: _____

- **La entidad receptora no revelará la información a ninguna otra entidad sin el consentimiento firmado.**

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del menor mencionado arriba o que soy un estudiante mayor de edad y tengo autoridad para firmar esta autorización.

Nombre (letra molde)

Firma

Dirección

Ciudad, Estado

Código postal

Por favor, envíe este formulario a: **Hospital Homebound Program**
129 E. 124th Avenue
Tampa, FL 33612

Phone: 813-375-3950
Fax: 813-375-3959
Email: hospital_homebound@hcps.net