

FORMULARIO DE INSTRUCCIÓN MÉDICA EN

Estimado médico:

Gracias por su dedicación para mantener a los estudiantes en Carolina del Sur saludables y progresar académica y socialmente en el entorno escolar regular en la medida en que sea apropiado. El estudiante nombrado a continuación y su padre, tutor legal o padre sustituto han solicitado que el distrito escolar proporcione instrucción médica en el hogar debido a la incapacidad del estudiante para venir a la escuela como resultado de una enfermedad, accidente o embarazo, incluso con la ayuda del transporte. Un representante del distrito puede comunicarse con usted para discutir estrategias para mantener al estudiante en el ambiente escolar y para solicitar información adicional. El superintendente del distrito o su designado debe aprobar a cualquier estudiante que participe en un programa de instrucción médica en el hogar o instrucción hospitalizada. Sírvase completar completamente la Sección II como se indica.

Sección I – Información del estudiante: (Para ser completada por el personal

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Grado:
Escuela:	Distrito Escolar:	¿Es este un estudiante con un ¿discapacidad?	Categoría de discapacidad:

Sección II – Información médica: (Para ser completada por un médico con licencia, enfermera practicante, de conformidad con los requisitos de

Diagnóstico de la condición que **impide la** asistencia a la escuela: (Adjunte información adicional si es necesario)

Pronóstico y tratamiento:

¿Cómo afecta esta condición médica el rendimiento educativo y el acceso al programa educativo del estudiante?

Fecha de inicio de la inasistencia:

Rentabilidad proyectada fecha:

Certifico que el estudiante anterior no puede asistir a la escuela debido a una enfermedad, accidente o embarazo, incluso con la ayuda del transporte, pero puede beneficiarse de la instrucción impartida en el hogar o en el hospital.

Fecha: _____ Dirección: _____

Teléfono #: _____

Nombre impreso y título del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____

Sección III – Liberación: (Para ser completado por el padre o por el estudiante, si

Autorizo la divulgación de información médica, educativa o de salud mental a los funcionarios escolares.

Firma del padre / tutor legal / padre sustituto / o estudiante si tiene dieciocho años o más:

Sección IV – Autorización: (Para ser firmado y fechado por el Superintendente de Distrito o su

Certifico que los funcionarios escolares considerarán si el estudiante ahora califica bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 o es elegible para ingresar a programas para niños con discapacidades. Además, certifico si se trata de un estudiante con una discapacidad de acuerdo con las regulaciones de la Junta Estatal de Educación y si la colocación médica del estudiante en el hogar constituye un cambio de colocación, un comité del IEP con la participación de los padres desarrollará un programa de educación individualizado (IEP). Los servicios médicos confinados en el hogar están autorizados a comenzar en o después de la fecha:

Firma del Superintendente o Designado: _____ Date: _____

La necesidad de instrucción médica en el hogar puede revisarse periódicamente. Los distritos escolares deben conservar este documento archivado por un período de cinco (5)