

LEE COUNTY SCHOOLS

Solicitud de Participación en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria/Hospitalaria

El/la estudiante cuyos datos aparecen a continuación podría recibir servicios del Programa de Atención Educativa Domiciliaria/Hospitalaria. La información del médico es necesaria para determinar si se trata o no de un caso de imposibilidad física/emocional para asistir a la escuela. Antes de poder recibir estos servicios, el médico y los padres del estudiante deben completar la siguiente información.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre \_\_\_\_\_ Teléfono (personal) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Este estudiante no podrá asistir a la escuela por aproximadamente \_\_\_\_ semanas, a partir del \_\_/\_\_/20 \_\_, debiendo presentarse de regreso el día \_\_/\_\_/20 \_\_. Llegado el caso de que el estudiante debiera permanecer más tiempo fuera de la escuela, la autorización para recibir atención educativa de este tipo deberá ser analizada cada nueve semanas. (Se deberá completar una nueva Solicitud de Participación en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria/Hospitalaria si fuera necesario continuar con los servicios luego de la fecha de regreso esperada.)

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ ¿Es contagioso? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No (El educador no podrá brindar servicios directos en el hogar/hospital hasta que el estudiante haya pasado la etapa de contagio.)

Descripción breve del plan de tratamiento, consideraciones especiales, fecha probable de parto (para estudiantes embarazadas) y demás argumentos que justifiquen los servicios del Programa de Atención Educativa Domiciliaria/Hospitalaria: \_\_\_\_\_

Si la presente solicitud se relaciona específicamente con el COVID-19, explique el motivo por el cual el aprendizaje presencial no resultaría apropiado para la salud del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del médico en imprenta \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Solicito que se considere la posibilidad de brindar a mi hijo/a servicios del Programa de Atención Educativa Domiciliaria/Hospitalaria de Lee County Schools. Autorizo al médico/prestador de salud y al personal escolar (el director, su designado o la enfermera) a intercambiar información sobre el diagnóstico médico, pronóstico, plan de tratamiento y la necesidad de los servicios de atención educativa domiciliaria/hospitalaria, tal y como lo detalla el formulario adjunto que autoriza la divulgación de información confidencial del estudiante. He leído las **REGLAS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA/HOSPITALARIA**. Comprendo las reglas y me comprometo a cumplirlas. Comprendo que mi hijo/a no podrá recibir servicios del Programa de Atención Educativa Domiciliaria/Hospitalaria si no cumplimos con las reglas establecidas.

Firma del padre/madre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

PRINCIPAL/OFFICE USE ONLY

This student is \_\_\_\_ accepted \_\_\_\_ rejected for HOMEBOUND SERVICES.

Face-to-Face Contact made by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_.

Signature of Principal \_\_\_\_\_

Date Signed \_\_\_\_\_