

# SERVICIOS DE INSTRUCCIÓN A DOMICILIO/HOSPITAL

De acuerdo con el Código Escolar de Illinois (105 ILCS 5/14-13.01(a)) y el Código Administrativo de Illinois (Ill. Admin. Code 226.300), un alumno puede calificar para la instrucción en el hogar o en el hospital si se anticipa que, debido a una condición médica (física o mental), el alumno no podrá asistir a la escuela, y en su lugar debe ser instruido en el hogar o en el hospital, por un período de dos (2) o más semanas consecutivas o de forma intermitente. Los alumnos no están obligados a tener un IEP o un Plan 504 para recibir instrucción en casa/hospital, sin embargo, cualquiera de ellos puede ser completado o revisado dependiendo de las necesidades del alumno.

El Formulario de Solicitud de Instrucción en Casa/Hospital ("Formulario") debe ser completado en su totalidad, incluyendo respuestas claras del proveedor médico, antes del comienzo de los servicios. El Distrito exigirá que se rellene un nuevo formulario de solicitud de instrucción en casa/hospital cada 12 semanas.

## INFORMACIÓN DEL ALUMNO DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID del Alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR DEL ALUMNO CON UNA CONDICIÓN MÉDICA DIAGNOSTICADA

Yo, padre/tutor del alumno mencionado arriba, estoy de acuerdo y reconozco lo siguiente si mi alumno es aprobado para la instrucción en casa:

- Es posible que mi hijo/a no tenga acceso a toda la selección de la programación instructiva que se ofrece en la escuela
- La escuela a la que asiste mi hijo/a, el maestro, y/o los proveedores de servicios pueden ser alterados a la luz de la colocación de mi hijo/a en la instrucción en el hogar; y
- La enseñanza en casa puede implicar el uso de plataformas virtuales de terceros, y esto crea riesgos potenciales para la privacidad, como los relacionados con la fiabilidad de la codificación, el acceso no autorizado, las violaciones de datos y/o el acceso de los alumnos a contenidos no patrocinados por la escuela.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR DEL ALUMNO CON UNA CONDICIÓN MÉDICA DIAGNOSTICADA

Yo, padre/tutor del alumno mencionado arriba, autorizo al distrito y al proveedor de atención médica que se menciona a continuación a intercambiar mutuamente información, incluidos los registros, las comunicaciones escritas y las comunicaciones verbales, en relación con la condición médica de mi hijo/a y el impacto en la capacidad de mi alumno para asistir a la escuela. Esta autorización es válida por un año a menos que sea revocada por escrito. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito de la retirada de mi consentimiento. Entiendo que mi revocación de esta autorización no será efectiva para las acciones tomadas por el Distrito Escolar o el Proveedor de Atención Médica en base a mi autorización y antes de la notificación de mi revocación. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el Distrito Escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de la HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia y la Ley de Registros de Alumnos Escolares de Illinois. Entiendo que, si me niego a firmar este comunicado autorizando la divulgación de información, tal negativa no interferirá con el derecho de mi alumno a obtener una educación pública gratuita y apropiada, sin embargo, puede afectar la capacidad del Distrito para obtener la información necesaria para considerar mi solicitud de instrucción en el hogar para mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Alumno \*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Se requiere la firma del alumno para los registros de salud mental si el alumno tiene 12 años de edad o más

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO

Esta sección debe ser completada por el proveedor médico.

Nombre del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_

Proveedor de Servicios Médicos:  Médico  Asistente Médico  Enfermera Registrada de Práctica Avanzada

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### ELEGIBILIDAD DEL ALUMNO

Esta sección debe ser completada por el proveedor médico

**Hogar:** el diagnóstico médico del alumno impide su capacidad para salir del hogar para recibir instrucción / servicios.  
\* Si se anticipa que el alumno no podrá asistir a la escuela por más de 12 semanas, el distrito requiere que se complete una nueva solicitud de instrucción en el hogar cada 12 semanas.

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha Final: \_\_\_\_\_

**Intermitente:** el diagnóstico médico del alumno crea la necesidad de que el alumno reciba instrucción / servicios en el hogar de manera intermitente.

\* La condición médica del alumno es de tal naturaleza o gravedad que se anticipa que el niño estará ausente de la escuela debido a la condición médica por períodos de al menos dos (2) días a la vez varias veces durante el año escolar por un total de por lo menos diez (10) días o más de ausencias. Si se prevé que el alumno no podrá asistir a la escuela de forma intermitente durante más de 12 semanas, el distrito requerirá que se complete una nueva solicitud de instrucción en el hogar cada 12 semanas.

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha Final: \_\_\_\_\_

Diagnóstico que impide la capacidad del alumno para asistir a la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico más reciente: \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Describe la naturaleza / extensión del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Impacto que tiene la condición médica diagnosticada en la capacidad de este alumno para asistir a la escuela

¿Podría el alumno asistir a la escuela si se hicieran adaptaciones?  Si  No

En caso afirmativo, describa las posibles adaptaciones razonables. Si no es así, explique.

¿El diagnóstico médico identificado anteriormente coloca al alumno en un riesgo extremo de enfermedad grave si se expone al COVID-19?  Si  No En caso afirmativo, explíquelo por favor. \_\_\_\_\_

¿El alumno ha sido completamente vacunado contra COVID-19?  Si  No

### INFORMACION DE LA ESCUELA

Esta sección debe ser completada por el equipo de la escuela autorizando la provisión de instrucción en el hogar / hospital.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del personal de la escuela que completa el formulario) revisó todas las secciones de este formulario de solicitud de instrucción en el hogar / hospital y determinó que la información está completa. Por lo tanto, autorizo la provisión de instrucción en el hogar / hospital para comenzar el \_\_\_\_\_ y terminar el \_\_\_\_\_

Firma del personal de la escuela autorizado para aprobar la instrucción en el hogar / hospital \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_