

**Definición: ARS 15-901.**

**B-13. "Confinado en casa" o "hospitalizado" significa un alumno que es capaz de beneficiarse de la instrucción académica pero no puede asistir a la escuela debido a una enfermedad, accidente o otras condiciones de salud, que ha sido examinado por un médico y que está certificado por ese médico como incapaz de asistir a clases regulares**

**por un período de no menos de tres meses o un alumno que es capaz de beneficiarse de la instrucción académica, pero no puede asistir a la escuela con regularidad debido a problemas crónicos o problemas de salud agudos. Que haya sido examinado por un médico y que esté certificado por ese médico de no poder asistir a clases regulares durante períodos intermitentes de tiempo por un total de tres meses durante un año escolar. La certificación médica deberá indicar la condición médica general, como enfermedad, dolencia o condición de salud crónica que es la razón por la que el alumno no puede asistir a la escuela. Confinado en casa o hospitalizado incluye un estudiante que no puede asistir a la escuela por un período de menos de tres meses debido a un embarazo si un médico, después de un examen, certifica que el estudiante no puede asistir a clases regulares debido a un embarazo riesgoso o a la salud del estudiante.**



**Certificación médica para instrucción en el hogar debido a razones médicas**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
Padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

TANTO el padre/tutor como el médico deben poner sus iniciales en cada uno de los siguientes elementos:

padre            médico

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
1. El propósito de la certificación médica para los servicios de confinamiento en el hogar es proporcionar un medio para un estudiante que es capaz de beneficiarse de la instrucción académica pero no puede asistir a la escuela debido a una enfermedad, accidente o otras condiciones de salud para recibir crédito del curso al realizar el trabajo asignado.

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
2. Dado que no existe un sustituto real para la dinámica de la instrucción en el aula, solicitamos que el médico competente recomiende esta opción solo cuando sea absolutamente necesario..

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
3. La enfermera principal se pondrá en contacto con el médico para confirmar la información. Se pide a los padres que autoricen la divulgación de información médica para que el médico y la enfermera principal puedan compartir información relacionada con el diagnóstico

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
4. Tener una certificación médica en el hogar archivada no garantiza que un estudiante pase sus cursos, y no constituye una razón automática para obtener un "incompleto" al final de una calificación. El estudiante debe completar con éxito el trabajo del curso y las evaluaciones para recibir crédito del curso.

**Definición:ARS15-901.**

**B-13. "Confinado en casa" o "hospitalizado" significa un alumno que es capaz de beneficiarse de la instrucción académica pero no puede asistir a la escuela debido a una enfermedad, accidente o otras condiciones de salud, que ha sido examinado por un médico y que está certificado por ese médico como incapaz de asistir a clases regulares por un periodo de no menos de tres meses o un alumno que es capaz de beneficiarse de la instrucción académica, pero no puede asistir a la escuela con regularidad debido a problemas crónicos o problemas de salud agudos. Que haya sido examinado por un médico competente y que esté certificado por ese médico de no poder asistir a clases regulares durante períodos intermitentes de tiempo por un total de tres meses durante un año escolar. La certificación médica deberá indicar la condición médica general, como enfermedad, dolencia o condición de salud crónica que es la razón por la que el alumno no puede asistir a la escuela. Confinado en casa o hospitalizado incluye un estudiante que no puede asistir a la escuela por un periodo de menos de tres meses debido a un embarazo si un médico, después de un examen, certifica que el estudiante no puede asistir a clases regulares debido a un embarazo riesgoso o a la salud del estudiante.**

**AL MEDICO: Por favor responda todas las preguntas y firme donde se indique:**

1. Diagnóstico médico de enfermedad/lesión. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Explique por qué esta condición médica impide que el estudiante asista a la escuela. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Esta enfermedad o lesión confina al estudiante a casa? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

Fecha de consulta inicial para esta condición

\_\_\_\_\_

Fecha (aprox.) cuando esta condición empezó: \_\_\_\_\_

—

Todas las fechas de las visitas al consultorio para esta condición durante los últimos 12 meses:

\_\_\_\_\_

3. El estudiante no podrá asistir a la escuela por la siguiente cantidad de días \_\_\_\_\_.  
(Especifique la cantidad de días que el estudiante estará fuera de la escuela)

4. ¿El estudiante está experimentando problemas emocionales y se están proporcionando servicios de terapia ambulatoria?  
\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

Nota: Antes de que un estudiante pueda recibir instrucción en el hogar, un médico debe evaluar al estudiante y declarar por escrito que el estudiante tiene una enfermedad o lesión que requiere tratamiento médico y ausencia prolongada de la escuela para:

- 1) Ausencia de la escuela por 90 días
- 2) Un total de 90 días escolares fuera de la escuela o hospitalización.

He leído y respondido las preguntas mencionadas anteriormente y este estudiante cumple con los requisitos establecidos en estas guías para recibir instrucción en el hogar por parte del instructor del Distrito Escolar Unificado de Dysart o un instructor en línea para iSchool.

---

Médico escriba su nombre y su título con licencia en letra de imprenta

---

Firma del médico

---

Dirección

teléfono

fecha

DYSART UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Certificación médica para instrucción en casa

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Con respecto al estudiante identificado anteriormente, autorizo al médico de mi hijo, cuya información de contacto figura a continuación, para proporcionar al asistente de salud o enfermera de la escuela información médica verbal y/o escrita relacionada con la condición de salud de el estudiante confinado en casa.

Entiendo que el asistente de salud o enfermera de la escuela también proporcionará información al profesional de la salud con que se menciona a continuación.

Nombre del médico autorizado \_\_\_\_\_

Teléfono del médico autorizado \_\_\_\_\_

Dirección del médico autorizado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta)

Teléfono del padre/tutor

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_