



Servicios de Apoyo a Estudiantes
Servicios De Salud
HHI (INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR U HOSPITAL)
975 North D Street
Stockton, CA 95205
(209) 933-7060

SOLICITUD DE DERIVACIÓN MÉDICA - LISTA-

Complete los formularios adjuntos e incluya lo siguiente:

- Solicitud de derivación médica
- Autorización completa del SUSD para la divulgación de información médica
- Copia del Plan de Tratamiento
- Otra información relevante, según esté disponible; es decir, pruebas, evaluación, documentos de alta hospitalaria, etc.
- Expediente académico del estudiante y horario de clases (escuela secundaria)
- Perfil del estudiante/página de información
- Plan IEP/504

**LA SOLICITUD DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD
ANTES DE SER PROCESADA**

Las solicitudes se aceptan en persona o por correo electrónico.

ENVÍE ESTE FORMULARIO A:
dyanez@stocktonusd.net
**A la atención de: HHI (Instrucción
en el Hogar u Hospital)**



Servicios de Apoyo a Estudiantes
Servicios De Salud
HHI (INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR U HOSPITAL)
975 North D Street
Stockton, CA 95205
(209) 933-7060

SOLICITUD DE DERIVACIÓN MÉDICA
(SÓLO SE PROCESARÁN SOLICITUDES COMPLETADAS)

Esta solicitud es válida solo para el año escolar actual

Solicitud inicial Solicitud de extensión (si es de extensión, indicar fecha de solicitud inicial:)

Información del estudiante

Form fields for student information: Apellido, Nombre, M, F, Fecha de nac., Grado, ID del estudiante, Orientador/a Docente, Escuela, Número de teléfono, Padre/tutor, Dirección, Ciudad, Código postal, ¿El estudiante tiene un IEP vigente?, 504 Plan?

Se han probado los siguientes programas modificados u otras opciones educativas (marque todas las que correspondan):

- Options for modified programs: Inscrito en un día escolar acortado, Inscrito en un Programa de Estudio Independiente, Desarrolló e implementó un Plan de la Sección 504, Se identificó como elegible para servicios de educación especial.

HHI (INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR U HOSPITAL)

De conformidad con las leyes de California, se proporcionarán cinco (5) horas de instrucción a la semana a su hijo/a. Un adulto responsable, mayor de 18 años, debe estar presente cuando el docente esté en el hogar.

Al firmar, el padre/la madre/el tutor legal o el estudiante autorizan al médico a divulgar información al Distrito Escolar Unificado de Stockton.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Firma del estudiante

Fecha



Servicios de Apoyo al Estudiante
 Servicios De Salud
 HHI (INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR U HOSPITAL)
 56 S. Lincoln Street
 Stockton, CA 95203
 (209) 933-7130 ext. 1377

SOLICITUD DE DERIVACIÓN MÉDICA
(SOLO SE PROCESARÁN SOLICITUDES COMPLETADAS)

Esta solicitud es válida solo para el año escolar actual _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Certificación del médico

MÉDICO Se ha realizado una solicitud de Instrucción en el hogar y el hospital **temporal** para el estudiante mencionado anteriormente. El Código de Educación de California §44873 requiere que un médico con licencia de California presente una declaración que incluya un diagnóstico médico en la medida en que el estudiante no pueda asistir a clases en ningún campus escolar. No hay otros servicios proporcionados por la escuela, es decir, terapia del habla, OT, PT, etc. Las **enfermedades crónicas** pueden no calificar.

¿Es el estudiante físicamente capaz de asistir a clases en el campus de su escuela con adaptaciones para satisfacer sus necesidades físicas o de otro tipo? **SÍ NO**

En caso afirmativo, indique las adaptaciones _____

En caso negativo, complete la siguiente información:

Diagnóstico/Afección:

Resumen del Plan Terapéutico para permitir que el estudiante regrese a la escuela _____

Limitaciones, restricciones o precauciones que la escuela debe tener en cuenta _____

¿La afección del estudiante es **contagiosa**? **SÍ NO**

Fecha en que el estudiante puede regresar a la escuela regular (requerido): _____

Si se desconoce la fecha de regreso, ¿la fecha de regreso será dentro de un mínimo de 2 semanas a partir de la fecha en que firme este formulario? **SÍ NO**

Firma del médico _____ Fecha _____

Nombre del médico (letra de imprenta) _____ N° de tel. _____

Fax _____

Domicilio _____ Ciudad _____ C.P. _____

Restricciones y derechos de autorización

- La firma de esta autorización es voluntaria. Puede negarse a firmar esta autorización. Negarse a firmar esta autorización no afectará el compromiso del Distrito Escolar Unificado de Stockton de proporcionar una educación de calidad para su hijo/a; sin embargo, negarse a firmar puede inhibir la capacidad de la escuela para implementar un plan óptimo de educación, adaptaciones de aprendizaje y/o plan de atención médica para su hijo/a.
- Esta autorización puede revocarse en cualquier momento. Para hacerlo, debe proporcionarle una solicitud por escrito para revocar la autorización a la organización o individuo que figura en la Sección B de este formulario. Cualquier información divulgada antes de que se reciba su revocación por escrito puede usarse según lo permitido previamente.
- Tiene derecho a recibir una copia de su “Autorización para la divulgación de información médica”. Si lo solicita, recibirá una copia de esta autorización después de firmarla.
- El Distrito Escolar Unificado de Stockton es responsable de mantener archivos confidenciales para acceso y revisión solo por parte del personal educativo involucrado. Los registros académicos, psicológicos y de salud se intercambian entre las Escuelas públicas de California. Ninguna otra divulgación de esta información, por parte del Distrito Escolar Unificado de Stockton, debe hacerse sin una divulgación específica, escrita e informada por parte del padre/madre/tutor legal.
- Puede inspeccionar o copiar la información que se divulgará, según lo dispuesto en el artículo 164.524 del CFR.

Este documento fue traducido para el padre/madre/tutor legal al idioma _____. Este documento fue leído al paciente palabra por palabra y las preguntas, si las hubo, fueron respondidas antes de la firma.

Traducido por: _____
Firma Fecha