



Clayton County Public Schools Departamento de Educación en Hogares y Hospitales

1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236
Teléfono: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

Formulario de certificación médica para diagnósticos psiquiátricos

Los formularios de certificación médica incompletos y/o entregados a mano no serán procesados por el equipo de enseñanza en hogares y hospitales

La enseñanza en hogares y hospitales (HHB) es una educación académica que se ofrece a los alumnos que están confinados en sus hogares o centros de cuidado de la salud por períodos de tiempo que impedirían la asistencia escolar normal, conforme a un certificado médico de necesidad emitido por el psiquiatra registrado que trata al alumno/a por su actual diagnóstico. Para considerar la elegibilidad de los servicios de enseñanza de HHB, el psiquiatra tratante del alumno/a prevé ausencias por un mínimo de diez jornadas escolares consecutivas. Los servicios de HHB en ninguna circunstancia excederán las ocho semanas. Si el psiquiatra tratante prevé que la afección excederá las ocho semanas, se alienta al padre/madre a hablar con el consejero escolar para obtener en cambio un plan 504 o plan de educación individualizada (IEP).

Los alumnos considerados elegibles para recibir servicios de enseñanza en hogares y hospitales por un diagnóstico psiquiátrico deberán realizarse una evaluación psiquiátrica y recibir asesoramiento psicológico constante. La evaluación psiquiátrica deberá incluir los antecedentes, los resultados de exámenes, el diagnóstico y el pronóstico. Dado que los procedimientos del distrito de CCPS exigen una terapia para la elegibilidad continua de HHB, se debe adjuntar a este formulario el cronograma terapéutico. La consideración para HHB también requiere un plan registrado de tratamiento y reinserción escolar. Se debe adjuntar dicho plan. Se recuerda a los psiquiatras que la enseñanza en hogares y hospitales se ofrece como servicio de apoyo y no busca reemplazar la enseñanza regular en el aula. Por consiguiente, se alienta a los alumnos a regresar a la escuela lo antes posible.



Clayton County Public Schools
Departamento de Educación en Hogares y Hospitales
 1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236
 Teléfono: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

Formulario de certificación médica para la enseñanza en hogares y hospitales
(Para diagnósticos psiquiátricos)

(Importante: Este formulario debe ser completado por un médico registrado (o persona designada) y enviado por fax o correo electrónico a HHB)

Nombre del alumno/a: _____ **Edad:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del psiquiatra: _____ **N.º de proveedor de GA del psiquiatra:** _____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

Dirección: _____

Fecha de la evaluación inicial: _____ **Fecha de la próxima consulta:** _____

Diagnóstico: _____

Plazo de tiempo en que el alumno/a necesitará la enseñanza de HHB:

Cantidad de semanas: _____ **Fecha de inicio:** _____ **Fecha de finalización:** _____

Declaración del psiquiatra: Responda las siguientes preguntas. Encierre en un círculo.

- ¿El alumno/a no puede asistir a la escuela por un mínimo de 10 días consecutivos? Sí _____ No _____
- ¿El alumno/a se encuentra confinado en su hogar u hospital? Sí _____ No _____
- ¿Se recomiendan los servicios de HHB de tiempo completo? Sí _____ No _____
- ¿Se recomiendan los servicios de HHB *intermitentes? Sí _____ No _____
- El alumno/a que padece una enfermedad crónica o de largo plazo y se ausentará de la escuela por diez días en el año puede recibir servicios de HHB *intermitentes en lugar de servicios de HHB de tiempo completo. ¿Esta es una alternativa para el alumno/a? Sí _____ No _____
- ¿La enseñanza puede ser provista sin poner el riesgo la salud o seguridad del instructor? Sí _____ No _____
- ¿El alumno/a puede estar en contacto con otros alumnos u otros alumnos con quienes el instructor pueda estar en contacto? Sí _____ No _____
- ¿El alumno/a padece una enfermedad contagiosa? Sí _____ No _____
- ¿El alumno/a puede participar y beneficiarse del programa educativo? Sí _____ No _____

***Si se aprueba al alumno/a para recibir servicios de HHB intermitentes, se exigirán informes médicos actualizados de acuerdo a un cronograma definido en el plan de servicios educativos (ESP) del alumno/a.**



Clayton County Public Schools

Departamento de Educación en Hogares y Hospitales

1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236
Teléfono: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

Plan de tratamiento y reinserción escolar

Se exige la siguiente información para determinar la elegibilidad para acceder a la enseñanza en hogares y hospitales, la cual debe ser completada por un psiquiatra registrado que actualmente esté tratando al alumno/a por el diagnóstico presentado.

¿Cuál es el programa de tratamiento o terapia para este alumno/a?

Diario: _____ Semanal: _____ Mensual: _____

¿Cuál es la duración esperada del tratamiento o terapia? _____

- ¿El alumno/a puede regresar a la escuela de manera intermitente después de que se establezca su medicación o su afección? Si corresponde, explique debajo.

- ¿El alumno/a tomará una medicación? _____ Si la respuesta es sí, enumere debajo los medicamentos.

Lista de medicamentos			
Nombre del medicamento:	Efectos sobre la capacidad de comprensión del alumno/a	Efectos sobre la capacidad del alumno/a para completar las actividades de manera independiente	Efectos sobre la capacidad del alumno/a para relacionarse con los docentes y otros alumnos



Clayton County Public Schools
Departamento de Educación en Hogares y Hospitales
 1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236
 Teléfono: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

Plan de tratamiento y reinserción escolar

Indique las limitaciones o restricciones durante la enseñanza de HHB, incluso los efectos de la medicación.

La enseñanza en hogares y hospitales (HHB) se ofrece como servicio de apoyo. Se designa para brindar asistencia educativa temporal a los alumnos que no pueden asistir físicamente a la escuela por motivos médicos o psiquiátricos. La enseñanza de HHB no busca reemplazar la enseñanza regular en el aula. Se proporciona un máximo de ocho semanas de apoyo de HHB para los alumnos con diagnósticos psiquiátricos. Se alienta a todos los alumnos a regresar a la escuela lo antes posible. A continuación, describa **(o adjunte)** su plazo de tiempo y plan de transición para la reinserción escolar del alumno/a.

Certificación del psiquiatra

Comprendiendo que el programa de enseñanza en hogares y escuelas es el entorno educativo más restrictivo, certifico que este alumno/a se encuentra bajo mi cuidado y tratamiento por la afección médica antes mencionada y, de acuerdo a mi opinión profesional, resulta necesario desde el punto de vista médico que el niño/a se asigne a este entorno educativo restrictivo.

Firma del psiquiatra

N.º de licencia de GA

Fecha

***IMPORTANTE:** Si firma un enfermero practicante certificado o auxiliar médico, se debe incluir el nombre, la firma y el número de teléfono del médico supervisor a continuación:

Nombre del médico supervisor (en imprenta) _____

Nombre de la persona designada por el médico (en imprenta) _____

Número de teléfono del médico supervisor: _____ Número de fax: _____

Especialidad: _____, _____, _____

Firma del médico supervisor: _____ Fecha: _____

Firma de la persona designada por el médico: _____ Fecha: _____