

HOME & HOSPITAL APPLICATION - PHYSICIAN'S REPORT

MADERA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

1837 Howard Road. Madera CA 93637

Tel. 559-416-5800 ext. 13121 Fax. 559- 661-2031

Caitlin Pendley, Health Services Coordinator

Samantha Gonzalez, ASISTENTE DE OFICINA

Email complete application to: homehospital@maderausd.org

SECTION III: Physician Certification

Education Code § 48206.3(b)(2) defines “temporary disability” as follows: ...A physical, mental or emotional disability incurred while the pupil is enrolled in regular day classes or an alternative education program, and after which the pupil can reasonably be expected to return to regular day classes or the alternative education program by the district in which the pupil is deemed to reside.

STUDENT'S NAME: _____ ID#: _____

Birth date: ____/____/____ Age: _____ Grade: _____

PHYSICIANS REPORT (Items 1- 12 must be completed)

Education Code § 48206.3:

“A student with a temporary disability which makes school attendance impossible or inadvisable shall receive individual instruction in the student’s home or in a hospital...”

1. In order to provide Home/Hospital instruction, a statement from the physician is required. Please provide all detailed information concerning the illness or disability, which prevents the child from attending school daily (Additional pages may be attached if necessary).

2. **Recommended Home Hospital START DATE:** _____ **& END DATE:** _____ (not to exceed 8 weeks)

3. Does the student have a contagious, infectious, or communicable disease? Yes ____ No ____

4. If pregnant, approximate delivery date: _____

5. Additional information needed from the physician for behavior health issues: _____

6. Date of next appointment with student: _____

7. Physician Signature

8. Date

9. Print Physician Name

10. Address

11. Phone

12. Fax

HEALTH SERVICES USE ONLY

School making the request: _____ Date: _____

Approved: Yes _____ Date of enrollment: _____ Teacher Assigned: _____

Extension of services: Extended to: _____ No _____ Reason for Denial: _____

Contact parent: E-mail: _____ Phone: _____ Date of contact: _____

Contact counselor: E-mail: _____ Phone: _____ Date of contact: _____

Special Services: 504: ____ IEP: ____ Case Carrier: _____ Meeting Date: _____

Approved by: _____

Coordinator of Health Services

Date

**SOLICITUD DE INSTRUCCION HOGAR/HOSPITAL-INFORME DEL MÉDICO
DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MADERA**

1837 Howard Road. Madera CA 93637

Tel. 559-416-5800 ext. 13121 Fax. 559- 661-2031

Caitlin Pendley - Coordinadora de Servicios de Salud

Samantha Gonzalez, ASISTENTE DE OFICINA

Envíe la solicitud completa por correo electrónico a: homehospital@maderausd.org

SECCIÓN I: PADRE/TUTOR

El estudiante recibe servicios de Educación Especial? Si ____ No ____ 504: Si ____ No ____

Encargado del Caso _____

Se requiere un IEP para el cambio de colocación para estudiantes de SPED que solicitan Instrucción Hogar/Hospital

# de Estudiante	Escuela Actual	Nombre de Consejero	Grado
-----------------	----------------	---------------------	-------

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Edad
-----------------------	---------------------------------	------

Domicilio del estudiante	Numero de Celular del Estudiante
--------------------------	----------------------------------

Nombres Padre/Tutor _____

Numero de Telefono Norn. Celular Numero de Telefono en el trabajo _____

Firma Padre/Tutor Fecha _____

Autorizo a un medico u otro personal designado del centro de salud que proporcione la siguiente información de acuerdo con todas las leyes federales y estatales:

☐ Si ☐ No **Servicios medicos:** exámenes físicos completos, control de enfermedades agudas y crónicas, exámenes físicos para deportes, universidades y empleos, vacunas, primeros auxilios, exámenes de la vista y del oído, pruebas de laboratorio (anemia, orina) y remisiones a un nivel de atención superior, según sea necesario.

☐ Si ☐ No **Servicios de Consejería/Terapia:** manejo de crisis, depresión, ansiedad, modificaciones de comportamiento, terapia de enfoque de solución, problemas de resolución y familia, estrés, baja autoestima, problemas de imagen corporal, trastornos de la alimentación y otros problemas de salud del comportamiento. **Se requiere documentación adicional para la aprobación de la solicitud.**

Doy mi consentimiento para el intercambio de información médica de mi hijo entre el Distrito Escolar Unificado de Madera (MUSD) y _____ para los propósitos de entregar los servicios arriba autorizados. Este intercambio de información médica será entre MUSD y _____. Entiendo que los registros medicos del estudiante seran como registros medicos confidenciales separados de los registros escolares, pero pueden ser compartidos con otros proveedores de atención medica para los propósitos de la atención y el tratamiento de mi hijo. Entiendo que puedo cancelar esta autorización/consentimiento por escrito. De lo contrario, se aplicara por el tiempo que dure la inscripción de mi hijo en la escuela.

Escriba el Nombre del Padre/Tutor Legal: _____

Firma del Padre/Tutor Legal : _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Coordinador de Servicios de Salud: _____ Fecha: _____