

**HOME & HOSPITAL APPLICATION - PHYSICIAN'S REPORT**  
**MADERA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
1820 Howard Road, Madera CA 93637 - P 559-416-5858 F 559-661-2031  
Caitlin Pendley, Health Services Coordinator – Ana Mejia, Office Assistant  
**Email complete application to: [homehospital@maderausd.org](mailto: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 INSTRUCCIÓN HOGAR/HOSPITAL—INFORME DEL MÉDICO  
DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MADERA**

1820 Howard Road, Madera, CA 93637 - # de Tel: 559-416-5858 Fax: 559-661-3031  
Caitlin Pendley – Coordinadora de Servicios de Salud – Ana Mejía, Asistente de Oficina  
**Envíe la solicitud completa por correo electrónico a: [homehospital@maderausd.org](mailto: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
---------------------

Número de Teléfono	Núm. Celular	Número de Teléfono en el trabajo
--------------------	--------------	----------------------------------

Firma Padre/Tutor	Fecha
-------------------	-------

**Autorizo a un médico 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 médicos:** 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 relación 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 médicos del estudiante serán como registros médicos confidenciales separados de los registros escolares, pero pueden ser compartidos con otros proveedores de atención médica 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 aplicará 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: \_\_\_\_\_