



The School District of Osceola County, Florida
 Oficina de Educación para Estudiantes Excepcionales
Solicitud de Hospital/Confinamiento en el Hogar (H/H)

Sección I: Información sobre el estudiante y divulgación de información (para ser completado por el padre/madre/tutor legal)

Núm. de estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Fecha del reporte
Grado	Escuela actual	Nombre del padre/madre/tutor legal			
Correo electrónico del padre/madre/tutor legal			Núm. de teléfono del padre/madre/tutor legal	Núm. de teléfono alternativo	
Dirección del padre/madre/tutor legal			Ciudad	Estado	Código postal

Autorización de Divulgación e Intercambio de Información

Por la presente autorizo al médico(s) del estudiante a divulgar toda la información concerniente a diagnósticos, plan de tratamiento, implicaciones médicas o instrucción, y plan de reingreso al Distrito Escolar del Condado Osceola. Esta comunicación puede ser escrita o verbal. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que el estudiante haya sido dado de baja/descontinuado del programa de Hospital/Confinamiento en el hogar.

 Firma del padre/madre/tutor legal

 Fecha

Lista de responsabilidades de los padres/tutores

Escriba sus iniciales al lado de cada declaración que indique que ha leído lo siguiente con respecto a las responsabilidades de los padres en el proceso de solicitud de Hospital/Confinamiento en el Hogar:

- _____ Entiendo que antes de que se puedan proporcionar los servicios en el hospital o en el hogar, mi hijo debe estar inscrito en una escuela pública del condado Osceola; es mi responsabilidad solicitar la inscripción.
- _____ Entiendo que es mi responsabilidad primero hacer un seguimiento con el consultorio del médico para confirmar que completaron y enviaron el formulario de información médica de servicios en Hospital/Confinamiento en el Hogar y, en segundo lugar, llamar a la oficina de servicios en el Hospital/Hogar para confirmar que se recibió el formulario completo.
- _____ Entiendo que es mi responsabilidad continuar solicitando y entregando tareas completadas/trabajo de recuperación, hasta que el niño sea retirado de la escuela ya que las calificaciones se transferirán con el estudiante.
- _____ Entiendo que, si mi hijo está demasiado enfermo para asistir a la escuela, debo continuar informando las ausencias a la escuela, según la política del distrito, hasta que se celebre una reunión de elegibilidad y dé mi consentimiento oficial por escrito para la instrucción a través del Programa de Hospital/Confinamiento en el Hogar.
- _____ Entiendo que esta solicitud no garantiza la colocación en el Programa de Hospital/Confinamiento en el Hogar.
- _____ Entiendo que los criterios estatales de elegibilidad para los servicios de hospitalización o confinamiento en el hogar requieren que el niño esté **confinado** en el hogar o en el hospital. La única excepción es si el estudiante está co-inscrito en un centro escolar.
- _____ Entiendo que el Programa de Hospitalización y Confinamiento en el Hogar está diseñado como un programa educativo **temporal** para ayudar a los niños que no pueden asistir a la escuela por razones médicas o psiquiátricas.
- _____ Entiendo que el Programa de Hospitalización y Confinamiento en el Hogar NO PUEDE duplicar las horas o todos los cursos que se imparten en un centro escolar.
- _____ Entiendo que el Programa de Hospitalización y Confinamiento en el Hogar sigue el calendario del distrito escolar. Esto incluye las vacaciones de los estudiantes, los períodos de calificación, y la distribución de calificaciones.

To be completed by school only.

DATE RECEIVED

____/____/____
 MM DD YY

Núm. de estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento	Fecha del reporte
--------------------	------------------------------	---------	----------	---------------------	-------------------

Section II: Physician Contact Information (to be completed by Physician)

Physician Name	Area of Practice	License Number	Licensing State
Address	City	State	Zip Code
Physician E-Mail Address	Physician Phone #	Fax #	

Section III: Medical Information & Certification (to be completed by the treating physician)

Information must be printed. If completed by a licensed ARNP or P/A, the name of the licensed supervising physician must be noted on page 3.

The student mentioned above is being considered for hospital/homebound instructional services based on a medical or psychiatric diagnosis **confining** the student to the home or hospital. Please complete the form below providing details regarding the medical diagnosis to assist us in making appropriate educational decisions. Please keep in mind, hospital/homebound services are limited and basic in nature. Our goals are to minimize instructional gaps by providing temporary access to academic curriculum while the student is medically **confined** and to promote reentry into a traditional school setting.

Date of Onset of Condition	Date Last Seen by Physician
Please indicate the student's diagnosis (no ICD9 codes) that prohibits your patient from attending school.	
Nature of Confinement : Explain in detail how the medical or psychiatric condition you have diagnosed significantly limits the student from receiving an education at the regular school setting (to what degree is the student confined to the home/hospital).	
Provide a description of the treatment plan including current therapies/treatments and medications. Include information regarding how the treatment plan components may interfere with participation in hospital/homebound instruction (i.e. side effects, schedule of services).	

Núm. de estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento	Fecha del reporte
--------------------	------------------------------	---------	----------	---------------------	-------------------

What are your recommendations for school re-entry and other school-related activities?

Required from Physician: Provide an estimated duration of the condition or prognosis.

Required from Physician: Provide recommended dates for confinement to the home or hospital:

Beginning of Confinement: _____ / _____ / _____ End of Confinement: _____ / _____ / _____ (date of return to school)
 Month Day Year Month Day Year

**Please note: a referral cannot exceed one calendar year. If this section is left blank, it will delay the process of this request.*

Required from Physician: The student is recommended to be confined to the home or hospital as checked below: (Check only one option)

Intermittently: Student can attend school at a school site most school days; may be ill occasionally.

Partial Day: Student can attend school part of every day during a recuperative period of readjustment to a full day.

If eligible, how many hours should the student be able to attend school? _____

Full-Time: Student is not able to attend school at a school site due to the need for full time confinement.

If eligible, how many hours of hospital/homebound schoolwork should this student be able to endure each day?

Please check one:

7 hours 6 hours 5 hours 4 hours 3 hours 2 hours 1 hour

None of the Above: Student can attend school full time.

Medical Certification	Initial below to indicate a response of "Yes" or "No"	
	Yes	No
All questions must be answered by the physician		
Is the student expected to be absent from school due to the medical condition for at least fifteen (15) consecutive days, or absent due to a chronic medical condition for at least fifteen (15) non-consecutive days.		
Will the student be confined to the home or hospital during the time hospital/homebound services are expected?		
Will the student be able to participate in and benefit from an instructional program provided through a hospital/homebound program?		
Is the student under medical care for the illness or injury that is acute, catastrophic, or chronic in nature ?		
Can the student receive hospital/homebound instructional services without endangering the health and safety of the instructor or other students with whom the instructor may come in contact with?		
Is the student able to go to a school site to take standardized/semester assessments?		

Physician's Signature: _____ Date: _____

****Signature Required (Stamp NOT Accepted)**

A "licensed physician" means one who is qualified to assess the student's physical or psychiatric condition (M.D. or D.O.). An ARNP or PA working for a physician licensed under the authority of sections 458 or 459, F.S., may sign this medical statement instead of the physician. The name of the licensed physician must be noted on the statement in addition to the signature.

Please Print Supervising Physician and Title _____ Phone Number _____
 Supervising Physician Signature _____