



Indicaciones para Familias que Solicitan la Instrucción del Hogar/Hospital

Hogar/Hospital tutoría es un servicio proporcionado a los estudiantes que son médicamente incapaces de asistir a la escuela por **un mínimo de 4 semanas y un máximo de 18 semanas** debido a una discapacidad física o enfermedad. El programa no proporciona tutoría a los estudiantes que cuidan a un bebé o a un pariente que está enfermo.

Puede encontrar más información en el Guía de Servicios de Hogar/Hospital folleto que se puede obtener del consejero de su hijo o de la enfermera de la escuela.

Por favor proporcione los siguientes formularios a su médico para documentar la elegibilidad para servicios:

1. Indicaciones para el médico que solicita la instrucción de Hogar/Hospital
2. Solicitud de instrucción de Hogar/Hospital
3. HIPPA Autorización para la divulgación de información médica

Su médico debe enviar por fax los formularios y cualquier información adicional requerida a:

(253) 841-8655

ATTN: Home/Hospital Coordinator

Los servicios de tutoría se organizarán sólo después de que todos los fomularios sean recibidos del médico y se haya establecido la elegibilidad para el servicio.

Si es previsible que la enfermedad de su hijo requerirla que estuvieran en casa a intervalos intermitentes o a largo plazo que no cumplen los requisitos para los servicios de H/H (por ejemplo, días parciales; varios días a la semana; días imprevisibles basados en la condición o el plan de tratamiento del estudiante; más allá de 18 semanas), toda la documentación recibida será remitida al coordinador del 504 en la escuela del estudiante.

Si tiene preguntas adicionales, por favor llame a Lisa Rodside a (253) 841-8700.

Qué esperar cuando mi hijo reciba tutoría en el Hogar/Hospital:

Hogar/Hospital responsabilidades del tutor:

- Coordinar con los padres para 2 sesiones de 1 hora de tutoría por semana
- Comunicarse con el personal de la escuela sobre asignaturas de clase
- Reunir y llevar las asignaturas a la casa del estudiante
- Brindar asistencia y orientación a los estudiantes
- Proporcionar retroalimentación y devolver cualquier asignatura complete a los maestros
- Consultar con los padres sobre el progreso del estudiante

Responsabilidades del personal de la escuela:

- Proporcionar asignaturas, libros de texto y materiales relacionados de manera oportuna
- Hacer adaptaciones y modificaciones, según sea necesario, en las asignaturas
- Generar reports de falta de trabajo y estado de grado
- Corregir y calificar las asignaturas devueltas
- Informar al Secretario de asistencia del edificio de cualquier cambio conocido en estado de ausencia

Responsabilidades del estudiante:

- Trabajar por lo menos tres horas por día en asignaturas
- Completar las asignaturas de manera oportuna
- Estar preparado para trabajar en horarios de sesiones de tutoría programados
- Pedir ayuda o aclaración

Responsabilidades de los padres:

- Tener un adulto en el hogar durante la sesión de tutoría programada
- Proporcionar un área de trabajo limpia y tranquila
- Apoyar al estudiante en el cumplimiento de sus responsabilidades

REQUEST FOR HOME/HOSPITAL INSTRUCTION

SCHOOL DISTRICT NAME <b style="text-align: center;">Puyallup School District		STUDENT NAME: (Last, First, Middle) <small>Please Print</small>	
CONTACT PERSON <b style="text-align: center;">Lisa Rodside	TELEPHONE NUMBER <b style="text-align: center;">253-841-8700	STUDENT DOB	GENDER <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
	FAX NUMBER <b style="text-align: center;">253-841-8655	STUDENT GRADE LEVEL	

SECTION 1—THIS SECTION TO BE COMPLETED BY QUALIFIED MEDICAL PRACTITIONER

DIAGNOSIS:

- Disease/Injury/Surgery (primary diagnosis): _____
- Drug/Alcohol Treatment _____
- Pregnancy _____
- Other* (describe): _____

* Diagnosis such as "mental illness", "anxiety neurosis" and certain other illnesses which are manifested by severe behavioral problems will require an accompanying letter consisting of the diagnosis, a brief plan of care, prognosis, etc.

I certify that this student is unable to attend public school for _____ weeks continuously intermittently**.

_____ <small style="text-align: center;">TYPE/PRINT NAME OF QUALIFIED MEDICAL PRACTITIONER</small>	BUSINESS ADDRESS _____
_____ <small style="text-align: center;">SIGNATURE</small>	_____ <small style="text-align: center;">CONTACT TELEPHONE NUMBER</small>
_____ <small style="text-align: center;">DATE</small>	

SECTION 2—THIS SECTION FOR SCHOOL DISTRICT USE

If the student is eligible to receive special education services, does the IEP team need to meet? Yes No

CHECK ONE

- Original Request
- Extension

Beginning date of instructional time or extension:

MO	DAY	YEAR
----	-----	------

NOTE: Beginning date on extension request must consecutively follow ending date of original

_____ <small style="text-align: center;">SCHOOL DISTRICT AUTHORIZATION</small>	_____ <small style="text-align: center;">CONTACT TELEPHONE NUMBER</small>
_____ <small style="text-align: center;">DATE</small>	

** If it is foreseeable that a student's illness would require them to be home on an intermittent or long-term basis that does not meet the guidelines for H/H services (e.g. partial days; several days a week; unpredictable days based on student condition or treatment plan; beyond 18 weeks), all documentation received will be forwarded to the 504 coordinator at the student's school.

PUYALLUP SCHOOL DISTRICT

HEALTH HISTORY

NAME:	DOB:	GRADE:	DATE:
PARENT/GUARDIAN:		RELATIONSHIP TO STUDENT:	

LIFE THREATENING CONDITIONS

Does your child have a life threatening health condition?
Yes** _____ No _____
 Specify _____
****If yes, you must schedule a meeting with the School Nurse prior to student starting school. Washington State Law requires that a medication, treatment, and/or healthcare plan is in place prior to starting school.**
 Does your child have a current Emergency Action Plan and/or 504? _____
 Does your child ride the bus? Yes ___ No ___ Route # _____

HEALTH CONCERNS

Have you ever been told by a health care professional that your child has:
 _____ **ADD/ADHD** (circle one)
 _____ **Allergies** Type _____
 Medication required **Yes*** ___ No ___ Type _____
 Describe reaction _____
 _____ **Asthma** Uses inhaler **Yes*** _____ No _____
 Exercise induced Yes _____ No _____
 _____ **Bowel/Bladder Issues** Type _____
 _____ **Diabetes** *Meeting with the School Nurse is required*
 _____ **Dental Issues** Type _____
 _____ **Drug/alcohol treatment** Year _____
 _____ **Emotional Concerns** (circle)
 Depression/ Anxiety/Eating Disorder/Other _____
 _____ **Frequent cold/sore throats/earache** (circle)
 _____ **Headaches** Frequency _____
 _____ **Head injury** Concussion Yes _____ No _____
 Date _____ Lost consciousness Yes _____ No _____
 _____ **Hearing** (circle) Aids Preferential Seating Tubes
 _____ **Heart Condition** _____
 Restrictions/Limitations _____
 _____ **Major Illness/Surgery/Hospitalization** Year _____
 Describe _____
 _____ **Neurological conditions** _____
 _____ **Nose bleeds** Frequency _____
 _____ **Other bleeding conditions** _____
 _____ **P.E .Limitations** _____
 For what reason? _____
 _____ **Seizure Disorder** Describe type _____
 Last seizure _____
 _____ **Skin Condition** _____
 _____ **Speech Difficulty/Therapy** (circle)
 _____ **Stomach aches/cramps/tires easily** (circle)
 _____ **Vision Problem** Contacts _____ Glasses _____
 Reading _____ Distance _____ Both _____
 _____ **Other Concerns** _____

MEDICATION

Does your child take any medication? Yes ___ No ___
 If Yes, name of medication _____
 Purpose: _____
 Will the medication be needed at school? **Yes*** ___ No ___
***For medications to be administered at school, Washington State Law and District policy #3416 requires a written Physician’s Order for Medication and parent permission to be completed each school year.**

DEVELOPMENTAL HISTORY

Was there a health problem/handicap at birth?
 Yes/No Please describe: _____
 Normal Pregnancy: Yes/No Normal Delivery: Yes/No
 If no, explain: _____
 Birth Weight: _____ Talked words (age) _____
 Walked (age) _____
 Do you feel your child’s development has been equal to other children’s? Yes/No If No, why not?

 Do you have concerns about your child’s hearing, vision, or speech? Yes ___ No ___ Specify _____
 Last medical exam: Date: _____ Provider: _____
 Last eye exam: Date: _____ Provider: _____
 Last Dental exam: Date: _____ Provider _____
 Does your child have medical insurance? Yes ___ No ___
 Does your child have dental insurance? Yes ___ No ___
 Is your child covered by Medicaid? (Healthy Options, DSHS, “medical coupons”) Yes ___ No ___
 Is there any other health related information that school staff should know?

 Washington State Immunization Law 28A.31.118 requires that a Certificate of Immunization be completed for each child attending school or day care center.

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

I understand that the information given above will be shared with appropriate school staff to provide for the health and safety of my child. If either I or an authorized emergency contact person cannot be reached at the time of medical emergency, I authorize and direct school staff to send my child to the most accessible hospital or physician. I understand that I will assume full responsibility for payment of any transport or emergency medical services rendered.

 Parent/Guardian Signature Date

HIPAA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

**Puyallup Special Services -- School District
214 West Main, Puyallup, WA 98371
Teléfono: (253) 841-8700 Fax: (253) 841-8655**

Información del paciente:

_____	_____	_____
(Escribir nombre del paciente)	Fecha de Nacimiento	#SS
Información compartido por: _____	Nombre del centro o proveedor designado	
_____	dirección	
_____	ciudad, estado, código postal	
_____	número de fax	número de teléfono

Envíe la información a:

**PUYALLUP SPECIAL SERVICES
214 W MAIN
PUYALLUP, WA 98371
*Fax confidencial (253) 841-8655***

Información solicitada por: _____

Información (✓) que se compartirá:

- Los últimos 2 años de información pertinente (Notas de la carta, laboratorios, radiografías y pruebas especiales)
- Todos los expedientes médicos
- Información específica (por favor especificar): Información para ayudar con la planificación educativa y la colocación

La divulgación de esta información médica es para la evaluación y planificación educativa.

Autorización del paciente:

Entiendo que estos registros pueden contener información sobre el diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, el abuso de Drogas y/o alcohol, las enfermedades mentales o el tratamiento psiquiátrico. Doy mi autorización específica para que estos registros sean compartidos.

*EXCLUYA la siguiente información de los registros publicados (por favor, inicial):

_____ Drogas, abuso de alcohol, tratamiento y	_____ Enfermedad mental o diagnóstico/tratamiento
_____ diagnóstico	_____ psiquiátrico
_____ Enfermedades de transmisión sexual	_____ Diagnóstico/tratamiento/pruebas de VIH/SIDA

Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a revelación por la persona o clase de personas o facilidad que la recibe, y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Yo puedo revocar esta autorización notificando a las escuelas del distrito escolar de Puyallup por escrito mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en la dependencia de esta autorización no puede ser revertida, y mi revocación no afectará a esas acciones.

FIRMA: _____ FECHA: _____

(Paciente, guardian*, o representante autorizado — *por favor proporcione los documentos para demostrar la autoridad para firmar en nombre del paciente.)

Esta autorización caducará a los 90 días de la fecha firmada

Esta versión cubre el intervalo de fechas de _____ a _____.