



FORMULARIO DE INSTRUCCIÓN DE CONFINAMIENTO EN CASA POR RAZONES MÉDICAS (HOMEBOUND)

Estimado Profesional Médico:

Gracias por su dedicación en mantener a los estudiantes de South Carolina saludables y progresando social y académicamente en su ambiente regular hasta donde sea posible. El estudiante mencionado a continuación y su padre, tutor legal o padre sustituto han solicitado que el distrito provea instrucción para los confinados en casa debido a la inhabilidad del estudiante de asistir a clase como resultado de una enfermedad, un accidente o un embarazo, incluso con ayuda de transporte. Puede contactarle un representante del distrito para discutir las estrategias para mantener al estudiante en el ambiente escolar y para solicitar información adicional. El superintendente del distrito o quien designe debe aprobar la participación del estudiante en un programa de instrucción en casa por motivos médicos o de instrucción hospitalaria. Por favor complete la Sección II en su totalidad tal como se indica.

SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: (A ser completado por el personal del distrito escolar)

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Grado:
Escuela:	Distrito Escolar: Beaufort	¿Está el estudiante clasificado como discapacitado? Categoría _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN II – INFORMACIÓN MÉDICA: (A ser completada por un médico autorizado)

Diagnóstico de condición que impide la asistencia a la escuela: (Adjuntar información adicional si fuera necesario)
Pronóstico médico y Tratamiento
¿Cómo impacta esta condición médica en el rendimiento educacional?
Fecha de comienzo de ausencia: ____/____/____ Fecha proyectada de regreso: ____/____/____
Certifico que el estudiante nombrado no puede asistir a la escuela debido a enfermedad, accidente o embarazo, incluso con soporte de transporte, pero puede sacar provecho de instrucción en casa o el hospital.
Fecha: ____/____/____ Tel. _____ Dirección: _____
Nombre del Médico (impresión) _____ Firma del Médico: _____

SECCIÓN III – DIVULGACIÓN: (A ser completado por un padre o por el estudiante, si tiene 18 años o más)

Autorizo la divulgación de información médica, educacional o de salud mental a los oficiales escolares.
Firma del Padre/Tutor/Padre Sustituto (o del estudiante si es de 18 años o mayor) _____
Fecha: ____/____/____

SECCIÓN IV – AUTORIZACIÓN: (A ser firmado y fechado por el superintendente del distrito o quien designe)

Certifico que los oficiales escolares considerarán si el estudiante califica ahora bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 o si califica para ingresar a programas para niños con discapacidades. Certifico además si este es un estudiante con discapacidades según las regulaciones de la Junta Estatal de Educación y si la ubicación en el hogar del estudiante califica para los servicios homebound que comenzarán en o después del ____/____/____
Firma del Superintendente o quien designe: _____ Fecha ____/____/____

La necesidad de instrucción en el hogar podrá ser revisada periódicamente. Los distritos escolares deben retener este documento en archivo por un período cinco (5) años según procedimientos establecidos en el Manual de Instrucciones del Sistema de Contabilidad de Alumnos de South Carolina.

Revisado 7/1/02; suplanta toda versión anterior.

