



SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT HOME & HOSPITAL INSTRUCTION

3700 Garfield Ave., Room 18
Carmichael, CA 95608
(916) 971-7017 Fax: 971-5733

ACUERDO DEL PADRE

Home & Hospital Instruction (HHI – Instrucción en Casa u Hospital) es un programa limitado disponible para estudiantes que se encuentran temporalmente enfermos o lesionados y que requieren recibir instrucción en casa por un período corto de tiempo. Por favor, marque cada casilla después de revisar.

- Los estudiantes pueden ser referidos a HHI si no pueden asistir a la escuela debido a una lesión o enfermedad graves que resultaría en la ausencia de la escuela de por lo menos tres semanas consecutivas.
- ANTES** de hacer la referencia a HHI, se debe considerar acomodaciones en el plantel, y/u opciones educativas como estudio independiente, escuelas charter, enseñanza en casa, reducción del día escolar u otra instrucción modificada.
- La instrucción en casa estará disponible inmediatamente cuando se sepa que la ausencia excederá las tres semanas
- Para inscripciones que excedan las seis semana, se requerirá que entregue a la oficina de Home & Hospital Instruction un formulario actualizado del Médico o la Referencia de Salud Mental.
- Las referencias de salud mental están limitadas a un máximo de 60 días de instrucción en casa y requieren de la firma del psiquiatra.
- Independientemente de la recomendación del médico, la oficina de SJUSD HHI determinará la pertinencia de la ubicación individualmente. Las recomendaciones que no cumplen con el criterio del Código de Educación de California para HHI serán denegadas. Si su requisito de inscribir o extender el beneficio es negado, usted puede apelar por escrito.

- La Instrucción HHI no iniciará hasta que los siguientes formularios hayan sido recibidos y aprobados en la oficina del programa:
- Referencia del Médico (completo y firmado por M.D.) o Referencia de Salud Mental (completa y firmada por el Psiquiatra)
 - Acuerdo del Padre (completado y firmado por el padre)
 - Autorización para el intercambio de información confidencial (completado y firmado por el padre)
 - Referencias de Educación Especial – Planes Individuales de Educación (IEP) que designen Instrucción en Casa u Hospital.

Con el fin de iniciar la instrucción a través de HHI y continuar como estipulado, el padre/tutor del estudiante designado para recibir instrucción en casa debe revisar y acordar con los siguientes requisitos. Por favor, marque cada casilla después de revisar.

- El estudiante debe estar listo para la instrucción a la hora especificada, con materiales, libros y necesidades físicas satisfechas.
- El padre, tutor u otro adulto responsable mayor a 25 años, debe estar presente y visible en la casa durante la instrucción.
- Se debe proveer un espacio tranquilo, con una superficie apropiada para trabajar, en donde el estudiante y el maestro puedan trabajar sin interrupción.
- Es importante que su hijo complete las tareas diarias que se requieren. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la instrucción de su joven o de las tareas, por favor convérselo con el instructor.
- Notifique al instructor si su hijo no va a poder recibir clases que ya han sido programadas, con un mínimo de 24 horas de antelación. Clases/tiempo de recuperación son establecidos a discreción del maestro.
- La instrucción se ofrecerá entre 8 a.m. y 3 p.m. (a menos que se acuerde entre el maestro y el padre)
- Algunas clases no pueden ser impartidas a través de instrucción en casa. No se garantiza un horario. Se podría ofrecer un horario alternativo.
- Si un estudiante está inscrito en HHI durante el segundo semestre de su último año de High School, puede ser que no sea elegible para algunos privilegios de su High School regular como son la ceremonia de graduación, bailes, picnics, viajes, etc. Para recibir el diploma deberá coordinar con el consejero del high school regular.

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Escuela actual
Nombre de la Madre/Tutora	Número de teléfono	Correo electrónico
Dirección	Ciudad	Código postal
Nombre del Padre/Tutor	Número de teléfono	Correo electrónico
Dirección	Ciudad	Código postal

He leído los enunciados expuestos arriba y entiendo que deben ser cumplidos para poder comenzar y continuar la instrucción en casa. En caso de incumplimiento, se dará por terminada la instrucción en casa.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Los formularios de inscripción pueden ser enviados o entregados en la Oficina HHI, enviados por fax al 971-5733 o escaneados y enviados por correo electrónico a Josephine Stewart a josephine.stewart@sanjuan.edu. Las preguntas acerca del programa de Instrucción HHI (Instrucción en Casa u Hospital) deben ser dirigidas a Josephine Stewart, Secretaria o a Sandra Butorac, Program Manager al 971-7017.



San Juan Unified School District

Home and Hospital Instruction

3700 Garfield Ave., Room 18, Carmichael, CA 95608

Carmichael, CA 95609-0477

Teléfono: (916) 971-7017 Fax: (916) 971-5733

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: _____ # de ID del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Al firmar esta autorización, doy mi consentimiento al intercambio de información entre:

Agencia/Médico	SJUSD Home & Hospital Instruction		
Agencia	Agencia 3700 Garfield Ave., Room 18		
Dirección	Dirección Carmichael, CA 95608		
Ciudad, Estado, Código postal	Ciudad, Estado, Código postal (916) 971-7017		(916) 971-5733
Número de teléfono	Número de fax (requerido)	Número de teléfono	Número de fax

La divulgación de información se limitará a:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro completo (excluye información sobre HIV & drogas/alcohol) i
<input type="checkbox"/> Información de la escuela/Registros educativos
<input type="checkbox"/> Información psicosocial
<input checked="" type="checkbox"/> Plan de tratamiento y progreso
<input type="checkbox"/> Información médica/de salud | <input checked="" type="checkbox"/> Informes psicológicos
<input checked="" type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Resumen de alta
Otro: _____ |
|--|---|

La divulgación de esta información es para los siguientes fines:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación educativa
<input checked="" type="checkbox"/> Planificación educativa
Planificación de tratamiento | <input type="checkbox"/> Otro: _____
(Se específico) |
|--|---|

Expiración (requerido)

Esta autorización permanecerá vigente hasta _____
 (No puede durar más de un año desde la fecha de la firma del padre)

Sus derechos

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Tengo derecho a negarme a firmar este formulario. Entiendo que yo puedo revocar o modificar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito. La revocación escrita entrará en vigencia una vez recibida, pero no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Restricciones

Yo entiendo que la información de salud utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por las leyes y regulaciones federales relacionadas con la privacidad de la información de salud protegida. Además, entiendo que la confidencialidad de la información cuando se divulga a una agencia educativa pública está protegida como un registro estudiantil conforme a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia "Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA).

Aprobación

Una copia de esta autorización es válida como original.

Firma del Padre/Tutor

Relación con el estudiante

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

**SAN JUAN UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HOME & HOSPITAL INSTRUCTION**

3700 Garfield Ave., Room 18
Carmichael, CA 95608
(916) 971-7017 Fax: 971-5733

PHYSICIAN REFERRAL

Patient/Student Name _____ Date of Birth _____

PHYSICIAN: The San Juan Unified School District provides home and hospital instruction for students **unable to attend school for a period of at least three weeks** because of serious illness or injury. The condition must be verified by a **licensed California physician**. If you wish to recommend a patient for Home & Hospital Instruction, please complete the following and return either to the parent or to the address above. Please note - do not use this form for mental health referrals. Use Mental Health Referral form. **Please complete this form legibly and in its entirety in order to move forward with process without delay.**

Physician's Statement

This is to certify that the above named student is under my professional care. He/she will be unable to attend school for a period of at least three weeks or more.

Is student physically capable of attending classes on his/her school campus now, with accommodations to meet their physical or other needs? Yes No

If yes, please list accommodations:

If no, please complete the information below:

Procedure / Surgery Date, if applicable: _____

Diagnosis: _____

Summary of Therapeutic Plan to enable the student to return to school:

Limitations, restrictions, or precautions the teacher should take in teaching this student:

Medicine or treatment may cognitively affect the student in this manner:

Is student's condition contagious? Yes No

I estimate this student will be homebound until (**Specific date required**): _____
Physician's Signature _____ M.D. Date _____

PAs / NPs / Electronic Signatures are not permitted

Physician's Contact Information or Medical Stamp

Physician's Name _____ Phone () _____

Address _____ City _____ Zip _____