



Illinois State Board of Education

100 North First Street
Springfield, Illinois 62777-0001

CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA INSTRUCCIÓN DOMICILIARIA/HOSPITALARIA

INSTRUCCIONES: Complete este formulario y consérvelo en el archivo del distrito escolar local. No envíe este formulario a la Junta Estatal de Educación, pero póngalo a disposición para fines de auditoría.

Es posible que los estudiantes deban recibir educación temporalmente fuera del edificio escolar debido a una condición médica (física o mental). Cuando un estudiante necesita estar fuera del edificio escolar por un mínimo de dos o más semanas consecutivas de clases o ausencias intermitentes continuas que suman 10 o más días escolares, el estudiante puede ser elegible para recibir instrucción en el hogar o en un hospital (u otro entorno) por parte de un maestro calificado. (34 CFR 300.39 y 300.115 y Sección 14-13.01 del código escolar [105 ILCS 5/14-13.01(a)] y Norma ISBE 226.300). No es necesario que el estudiante tenga un IEP o un plan 504 para calificar, aunque se puede crear cualquiera de ellos según la necesidad del estudiante y los procedimientos escolares.

Padres: Devuelva este formulario al distrito escolar de su hijo lo antes posible, ya que los servicios no pueden iniciarse hasta que se reciba la información médica. Al recibir la certificación médica, el distrito escolar proporcionará servicios domiciliarios/hospitalarios para el estudiante elegible.

SECCIÓN 1 – ESTA SECCIÓN ES PARA USO EXCLUSIVO DEL DISTRITO ESCOLAR

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	GRADO
DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR DEL ESTUDIANTE	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR DEL ESTUDIANTE (Incluir Código de Área)	
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO	NOMBRE DE LA ESCUELA	
DIRECCIÓN DEL DISTRITO (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	DIRECCIÓN DE LA ESCUELA (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
TELÉFONO DEL DISTRITO (Incluir Código de Área)	TELÉFONO DE LA ESCUELA (Incluir Área Código)	

SECCIÓN 2 – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO LICENCIADO PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN TODAS SUS RAMAS, APRN O PA:

DIAGNÓSTICO (Por favor llenar lo siguiente):
 Enfermedad/Lesión/Cirugía (Diagnóstico primario) _____
 Si es una enfermedad, ¿es contagiosa? Sí No Si es así, por favor proporcione instrucciones al personal de la escuela en el espacio a continuación designado "**Recomendación especial para los maestros**"
 Tratamiento de drogas/alcohol _____
 Embarazo (incluido el posparto) _____
 Salud mental/Salud emocional _____
 Otro (Por favor describa) _____
 Impacto que la condición médica diagnosticada tiene en la capacidad de este estudiante para asistir a la escuela: _____

Certifico que este estudiante no puede asistir a la escuela pública y es médicamente elegible y físicamente apto para inscribirse en el siguiente programa (Marque (✓) una solo) Instrucciones en casa Clase de hospital o al lado de la cama

El proveedor médico debe estimar que el estudiante necesitará instrucción en el hogar o en el hospital durante un mínimo de 10 días escolares este año escolar. El tiempo puede ser mayor a 10 días; si no puede determinar la duración aproximada, el proveedor puede estimar "hasta el final del año escolar", siempre que el período sea de al menos 10 días.	Duración estimada del tiempo que el estudiante necesitará recibir instrucción en el hogar o en el hospital este año escolar, si es posible. (En semanas): _____
--	--

Recomendación especial para los maestros sobre dieta, descanso, ejercicio, posicionamiento, etc.	_____ Imprimir Nombre de Médico, MD, DO, APRN o PA _____ Número de teléfono de contacto del proveedor (Incluir Código de Área)
---	---

SOLO PARA USO DEL DISTRITO ESCOLAR: Fecha de inicio de la instrucción en el hogar o en el hospital: _____	Original Firma de Médico, APRN o PA _____ Fecha _____
---	---

