



Servicios de Apoyo a Estudiantes
Servicios De Salud
HHI (INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR U HOSPITAL)
975 North D Street
Stockton, CA 95205
(209) 933-7060

SOLICITUD DE DERIVACIÓN MÉDICA

- LISTA-

Complete los formularios adjuntos e incluya lo siguiente:

- ☐ Solicitud de derivación médica
- ☐ Autorización completa del SUSd para la divulgación de información médica
- ☐ Copia del Plan de Tratamiento
- ☐ Otra información relevante, según esté disponible; es decir, pruebas, evaluación, documentos de alta hospitalaria, etc.
- ☐ Expediente académico del estudiante y horario de clases (escuela secundaria)
- ☐ Perfil del estudiante/página de información
- ☐ Plan IEP/504

**LA SOLICITUD DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD
ANTES DE SER PROCESADA**

Las solicitudes se aceptan en persona o por correo electrónico.

ENVÍE ESTE FORMULARIO A:
Jserena@stocktonusd.net
**A la atención de: HHI (Instrucción en
el Hogar u Hospital)**



Servicios de Apoyo a Estudiantes
Servicios De Salud
HHI (INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR U HOSPITAL)
975 North D Street
Stockton, CA 95205
(209) 933-7060

SOLICITUD DE DERIVACIÓN MÉDICA
(SÓLO SE PROCESARÁN SOLICITUDES COMPLETADAS)

Esta solicitud es válida solo para el año escolar actual_

☐ Solicitud inicial ☐ Solicitud de extensión (si es de extensión, indicar fecha de solicitud inicial: _____)

Información del estudiante

Apellido_____ Nombre_____ M F

Fecha de nac.____/____/____ Grado__ ID del estudiante_____ Orientador/a
Docente_____

Escuela_____ Número de teléfono _____

Padre/tutor_____ Número de teléfono _____

Dirección_____ Ciudad_____ Código postal_____

¿El estudiante tiene un IEP vigente? Sí No Elegibilidad _____

504 Plan? Sí No Afección relacionada con el Plan 504 _____

Se han probado los siguientes programas modificados u otras opciones educativas (marque todas las que correspondan):

- ☐ Inscrito en un día escolar acortado.
- ☐ Inscrito en un Programa de Estudio Independiente que le permite al estudiante completar el trabajo del curso de forma independiente, en casa, y revisar el trabajo una vez por semana con un maestro para obtener una calificación.
- ☐ Desarrolló e implementó un Plan de la Sección 504 para adaptarse a las necesidades de los estudiantes a través de modificaciones del programa (es decir, modificar un horario de clases, ajustar la ubicación de un estudiante dentro de un salón de clases, aumentar/disminuir la oportunidad de movimiento, área tranquila para completar el trabajo, aprobar la salida temprana para la agencia de servicio citas, etc.)
- ☐ Se identificó como elegible para servicios de educación especial y se desarrolló un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) para considerar las habilidades del estudiante, las necesidades educativas y la ubicación y los servicios apropiados.

HHI (INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR U HOSPITAL)

De conformidad con las leyes de California, se proporcionarán cinco (5) horas de instrucción a la semana a su hijo/a. Un adulto responsable, mayor de 18 años, debe estar presente cuando el docente esté en el hogar.

Al firmar, el padre/la madre/el tutor legal o el estudiante autorizan al médico a divulgar información al Distrito Escolar Unificado de Stockton.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Firma del estudiante

Fecha



Servicios de Apoyo al Estudiante
Servicios De Salud
HHI (INSTRUCCIÓN EN EL HOGAR U HOSPITAL)
56 S. Lincoln Street
Stockton, CA 95203
(209) 933-7130 ext. 1377

SOLICITUD DE DERIVACIÓN MÉDICA
(SOLO SE PROCESARÁN SOLICITUDES COMPLETADAS)

Esta solicitud es válida solo para el año escolar actual

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Certificación del médico

MÉDICO Se ha realizado una solicitud de Instrucción en el hogar y el hospital **temporal** para el estudiante mencionado anteriormente. El Código de Educación de California §44873 requiere que un médico con licencia de California presente una declaración que incluya un diagnóstico médico en la medida en que el estudiante no pueda asistir a clases en ningún campus escolar. No hay otros servicios proporcionados por la escuela, es decir, terapia del habla, OT, PT, etc. Las **enfermedades crónicas** pueden no calificar.

¿Es el estudiante físicamente capaz de asistir a clases en el campus de su escuela con adaptaciones para satisfacer sus necesidades físicas o de otro tipo? SÍ NO

En caso afirmativo, indique las adaptaciones _____

En caso negativo, complete la siguiente información:

Diagnóstico/Afección:

Resumen del Plan Terapéutico para permitir que el estudiante regrese a la escuela _____

Limitaciones, restricciones o precauciones que la escuela debe tener en cuenta _____

¿La afección del estudiante es contagiosa? SÍ NO

Fecha en que el estudiante puede regresar a la escuela regular (requerido): _____

Si se desconoce la fecha de regreso, ¿la fecha de regreso será dentro de un mínimo de 2 semanas a partir de la fecha en que firme este formulario? SÍ NO

Firma del médico _____

Fecha _____

Nombre del médico (letra de imprenta) _____

N° de tel. _____

Fax _____

Domicilio _____ Ciudad _____ C.P. _____

Autorización para la divulgación de información de salud

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

B. INFORMACIÓN A SER DIVULGADA DE:

☐ Distrito escolar de _____	☐ Children's Hospital Oakland
☐ California Children's Services (CCS)	☐ San Joaquin General Hospital
☐ Medical Therapy Unit	☐ Dameron Hospital
☐ Valley Mountain Regional Center	☐ Kaiser Permanente
☐ St. Joseph's Medical Center	☐ Public Health Services
☐ UCSF Medical Center	☐ Mental Health Services
	☐ San Joaquin County Behavioral Health

☐ Médico/Clínica/Otro: _____

☐ Médico/Clínica/Otro: _____

C. INFORMACIÓN A SER DIVULGADA Y UTILIZADA POR EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE STOCKTON:

Escuela/Departamento _____ Persona de contacto _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Nº de tel. _____ Fax _____

D. FINALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

☐ Autorización enviada a petición del padre/madre/tutor legal
☐ Ayudar a determinar el programa de educación escolar / adaptaciones de aprendizaje más apropiado
☐ Otro: _____

E. TIPO / DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

☐ Registro de vacunación	☐ Informes operativos	☐ Resumen de la clínica ambulatoria
☐ Órdenes del médico	☐ Resultados de laboratorio/informes de rayos X	☐ Fechas/Horas de las consultas
☐ Historia clínica	☐ Resumen de alta	☐ Registros de salud mental
☐ Informes de consulta	☐ Otro: _____	

Para el periodo de tiempo de _____ a _____ .

F. FIRMA QUE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Al firmar a continuación, entiendo que la información divulgada puede incluir información sobre el tratamiento, la hospitalización o la atención ambulatoria, incluido el deterioro psicológico/psiquiátrico, el abuso de drogas, el alcoholismo, el SIDA o las pruebas de VIH, a menos que se excluya aquí: _

También entiendo que el distrito escolar es responsable de mantener archivos confidenciales para acceso y revisión solo por parte del personal educativo involucrado. Los registros académicos, psicológicos y de salud se intercambian entre las escuelas públicas de California.

He leído y entiendo las "Restricciones y derechos de autorización" en el reverso de este formulario, que incluye mi derecho a negarme a firmar esta autorización, revocar esta autorización y recibir una copia de esta autorización. Si autoriza la divulgación de información a una persona o entidad que no está legalmente obligada a mantenerla confidencial, la información puede volver a divulgarse y es posible que ya no esté protegida por la ley estatal o federal.

DURACIÓN: A menos que se revoque, esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario aquí: _

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Relación

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Restricciones y derechos de autorización

- La firma de esta autorización es voluntaria. Puede negarse a firmar esta autorización. Negarse a firmar esta autorización no afectará el compromiso del Distrito Escolar Unificado de Stockton de proporcionar una educación de calidad para su hijo/a; sin embargo, negarse a firmar puede inhibir la capacidad de la escuela para implementar un plan óptimo de educación, adaptaciones de aprendizaje y/o plan de atención médica para su hijo/a.
- Esta autorización puede revocarse en cualquier momento. Para hacerlo, debe proporcionarle una solicitud por escrito para revocar la autorización a la organización o individuo que figura en la Sección B de este formulario. Cualquier información divulgada antes de que se reciba su revocación por escrito puede usarse según lo permitido previamente.
- Tiene derecho a recibir una copia de su “Autorización para la divulgación de información médica”. Si lo solicita, recibirá una copia de esta autorización después de firmarla.
- El Distrito Escolar Unificado de Stockton es responsable de mantener archivos confidenciales para acceso y revisión solo por parte del personal educativo involucrado. Los registros académicos, psicológicos y de salud se intercambian entre las Escuelas públicas de California. Ninguna otra divulgación de esta información, por parte del Distrito Escolar Unificado de Stockton, debe hacerse sin una divulgación específica, escrita e informada por parte del padre/madre/tutor legal.
- Puede inspeccionar o copiar la información que se divulgará, según lo dispuesto en el artículo 164.524 del CFR.

Este documento fue traducido para el padre/madre/tutor legal al idioma _____. Este documento fue leído al paciente palabra por palabra y las preguntas, si las hubo, fueron respondidas antes de la firma.

Traducido por: _____
Firma Fecha