



Certificado médico de necesidad de enseñanza en el hogar o el hospital

*El médico a cargo del diagnóstico relacionado con las ausencias deber completar este formulario. **DEBE ser completado por un médico con licencia, un profesional en enfermería con licencia, un psicólogo clínico con licencia, un consejero de salud mental o terapeuta con licencia, o la asistente del médico. No puede ser completado por ningún otro proveedor, los padres ni los tutores.***

Nombre del estudiante:

Grado:

Fecha de nacimiento:

Escuela:

Nombre del proveedor:

Número de licencia del proveedor:

Nombre del hospital o consultorio:

Cargo del proveedor:

Correo electrónico del proveedor:

Domicilio del hospital o consultorio:

Número de teléfono del hospital o consultorio:

1. Indique cada uno de los diagnósticos pertinentes del estudiante y cómo las enfermedades del estudiante le impiden o prevé que le impedirá venir a la escuela a la que asiste o en la que está matriculado en forma continua, parcial o intermitente durante 10 días consecutivos o acumulados o más días del año escolar:
2. ¿Cómo influirá la enfermedad en la capacidad del estudiante para ir a la escuela regularmente (lo cual incluye si se prevé que la enfermedad del estudiante provocará ausencias continuas, parciales o intermitentes)?



3. Confirme si recomienda que el estudiante reciba enseñanza en el hogar o el hospital y por qué:

4. Fecha de inicio recomendada para la enseñanza en el hogar o el hospital:

5. ¿Cuándo estará el estudiante en el hogar o el hospital (diga la frecuencia y la duración de las ausencias previstas y la necesidad de enseñanza en el hogar y el hospital)?

6. Describa el plan de tratamiento del estudiante (incluso la frecuencia y la duración) y la fecha prevista de regreso al entorno educativo habitual.

7. Describa cómo la enfermedad del estudiante afectará su capacidad para participar en la enseñanza en el hogar o el hospital (incluso cualquier limitación que la enfermedad pueda causar).



8. ¿Hay una cantidad máxima de horas de enseñanza directa que el estudiante puede recibir por semana según su enfermedad? En caso afirmativo, ¿cuánto es el máximo?

9. Describa los apoyos o adaptaciones que la escuela puede implementar y que le permitirían al estudiante asistir a la escuela.

10. Enumere todos los medicamentos de venta con receta que toma el estudiante, los efectos secundarios negativos y el impacto que tienen en la capacidad del estudiante de recibir beneficios educativos en el entorno escolar.

Certificado del médico: Por el presente, certifico lo siguiente:

- **Este estudiante está bajo mi cuidado y tratamiento de las enfermedades mencionadas antes.**



- Como consecuencia de las enfermedades, el estudiante requiere enseñanza en el hogar o el hospital y no puede asistir a la escuela en forma continua, parcial o intermitente durante 10 días consecutivos o acumulados o más días del año escolar.
- Mi recomendación se basa en las necesidades médicas del paciente, no en las preferencias de los padres.
- Cualquier plan de tratamiento que pueda influir en la asistencia escolar es necesario desde el punto de vista médico.
- Comprendo que este certificado tiene una duración de 60 días o la duración estimada en el certificado médico, la que sea más corta, y que debo volver a certificar la necesidad de continuar con la enseñanza en el hogar o el hospital si la necesidad se extiende más de 60 días.

Nombre del médico (letra imprenta)

Firma del médico

Fecha