*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 Telefone: (781) 338-3000 TTY: N.E.T. Relé 1-800-439-2370

| Jeffrey C. Riley*Comissionado* |  |
| --- | --- |

**Declaração do médico sobre os motivos médicos que possivelmente exigirão que o estudante permaneça em casa, no hospital ou em clínica de reabilitação pediátrica por mais de 60 dias letivos**

A seção 28.04(4), do título 603 do CMR, do Departamento de Ensino Fundamental e Médio de Massachusetts, determina:

Caso, **na opinião do médico do estudante**, exista a possibilidade de que um estudante elegível necessite permanecer em casa, no hospital ou em clínica de reabilitação pediátrica por motivos médicos, **por mais de 60 dias letivos em um dado ano letivo**, o Administrador de Educação Especial deverá, **sem demora, convocar uma equipe** para avaliar a necessidade e, se apropriado, incluir uma emenda no Programa de Educação Individualizada (IEP) ou desenvolver um novo IEP adequado às circunstâncias específicas do estudante.

**ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO E DEVOLVIDO PARA O SEU DISTRITO ESCOLAR**

**Informação do estudante:**

Nome do estudante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do distrito escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informações do médico:**

Nome do médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do autorizador (Médico ou enfermeiro registrado): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. da licença: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu atesto que, possivelmente, por ser clinicamente necessário, o estudante acima identificado terá que permanecer:

□ Em casa ou

□ no hospital ou

□ em uma clínica de reabilitação pediátrica ou

□ em alguma combinação entre os três

Por um período de mais de 60 dias durante este ano letivo.

Diagnóstico médico e razões da permanência do estudante em casa, no hospital, em clínica de reabilitação pediátrica, ou os motivos médicos que o impedem de frequentar a escola:

Data em que o estudante foi hospitalizado ou deu entrada na clínica de reabilitação pediátrica, ou em que teve início o tratamento médico em casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Estima-se que o estudante permanecerá em casa, no hospital, ou em clínica de reabilitação pediátrica pelo restante do ano letivo devido à condição médica, ou

□ Estima-se que o estudante retornará à escola no dia (A data deve ser informada) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (*No caso de continuação da necessidade médica depois dessa data, os pais ou responsáveis pelo estudante poderão enviar, ao distrito escolar, um novo formulário médico assinado de forma a corroborar com a continuação da disponibilização de serviços educacionais em casa, no hospital e/ou em clínica de reabilitação pediátrica.)*

**Declaração juramentada do médico em relação à necessidade médica do estudante receber serviços educacionais em casa, no hospital ou em clínica pediátrica de repouso**

*Eu sou o médico que está tratando do estudante acima identificado e sou responsável pelos cuidados de saúde do estudante. Pela presente, eu atesto que o estudante possivelmente necessitará permanecer em casa, no hospital ou em uma clínica de reabilitação pediátrica por um período de mais de 60 dias letivos, ou de forma recorrente que se acumulará em mais de 60 dias letivos durante o período do ano letivo em curso, pelos motivos médicos acima descritos.*

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor observe que, caso sejam necessárias informações adicionais, o distrito escolar poderá conseguir autorização dos pais e entrar em contato com você, como médico responsável pelo tratamento.

**ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO E DEVOLVIDO PARA O SEU DISTRITO ESCOLAR**

Informações adicionais podem ser encontradas por meio do [Guia de Perguntas e Respostas sobre a Implementação de Serviços Educacionais na Casa ou no Hospital.](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)