*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 Teléfono: (781) 338-3000

### TTY: Retransmisión N.E.T.: 1-800-439-2370

| Jeffrey C. Riley*Comisionado* |  |
| --- | --- |

**Afirmación del médico sobre la necesidad de recibir educación temporal en el hogar o en el hospital por motivos médicamente necesarios**

El artículo 28.03(3)(c) del título 603, del CMR del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts (Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education) establece que:

Tras recibir una orden por escrito de un médico en la que se verifique que un estudiante inscrito en una escuela pública... **debe permanecer en su hogar o en un hospital durante el día o por la noche**, o cualquier combinación de ambas modalidades, por motivos médicos y durante un período no inferior a catorce días lectivos en cualquier año lectivo, el estudiante es elegible para recibir servicios educativos en ese entorno, de forma temporal, del distrito de escuelas públicas.

**Se deben completar todos los campos y se debe dar toda la información requerida para que este formulario sea una autorización válida para recibir el servicio.**

**ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO A SU DISTRITO ESCOLAR**

**Información del estudiante:**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del distrito escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del médico:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de autorización (MD o enfermero con práctica médica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.º de licencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Afirmo que es médicamente necesario que el estudiante mencionado arriba permanezca durante el día o por la noche:

□ en su hogar, □ en un hospital o □ una combinación de ambas modalidades.

Por un período de:

□ al menos 14 días o □ por períodos reiterados que suman al menos 14 días durante el transcurso del año lectivo actual.

Diagnóstico médico o motivos por los que el estudiante está confinado en el hogar, en el hospital o de algún otro modo no puede asistir a la escuela por motivos médicos:

Fecha en la que el estudiante ingresó al hospital o comenzó el confinamiento en el hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si el estudiante también requiere una reducción en la carga normal de trabajo de la escuela por esta condición mientras esté en su hogar o en un hospital, explique esas limitaciones:

Si el estudiante también requiere otras modificaciones en el programa educativo mientras esté en su hogar o en un hospital por la condición médica, explíquelas:

Se espera que el estudiante regrese a la escuela el (se debe indicar una fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. *(Si sigue existiendo una necesidad médica después de esta fecha, los padres o el tutor legal del estudiante deben presentar un nuevo formulario firmado por el médico ante el distrito escolar para que se verifique la necesidad de seguir prestando los servicios educativos en el hogar o en el hospital).*

**Declaración jurada del médico sobre la necesidad médica del estudiante de recibir servicios en el hogar o en el hospital**

*Soy el médico que trata al estudiante mencionado arriba y soy responsable de su atención médica. Por la presente, certifico que el estudiante debe permanecer en el hogar o en un hospital, o en una combinación de ambas modalidades, durante el día o por la noche por un período de al menos 14 días, o por períodos reiterados que suman 14 días durante el transcurso del año lectivo, por los motivos médicos expresados arriba.*

Firma del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para más información, visite <http://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html> o llame a la Oficina del Sistema de Resolución de Problemas, al (781) 338-3700.

**ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO A SU DISTRITO ESCOLAR**