*****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 de los motivos médicos por los que es probable que un estudiante permanezca en su hogar, en un hospital o en una residencia pediátrica durante más de 60 días lectivos**

El artículo 28.04(4) del título 603, del CMR del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts (Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education) establece que:

Si, **a criterio del médico del estudiante**, es probable que un estudiante elegible permanezca en su hogar, en un hospital o en una residencia pediátrica por motivos médicos **durante más de 60 días lectivos en un año lectivo**, el Administrador de educación especial debe, **sin demora indebida, convocar a un equipo** para considerar las necesidades de evaluación y, si corresponde, modificar el IEP existente o elaborar un IEP nuevo, adecuado a las circunstancias específicas del estudiante.

**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 probable que sea médicamente necesario que el estudiante arriba mencionado permanezca:

□ en su hogar;

□ en un hospital;

□ en una residencia pediátrica, o

□ una combinación de las tres modalidades

durante un período de más de 60 días lectivos en el año lectivo.

Diagnóstico médico o motivos por los que el estudiante debe permanecer en el hogar, en el hospital, en una residencia pediátrica o de algún otro modo no puede asistir a la escuela por motivos médicos:

Fecha en la que el estudiante ingresó al hospital o a una residencia pediátrica o comenzó el tratamiento médico en el hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Se espera que el estudiante esté en el hogar, en el hospital o en una residencia pediátrica durante el resto del año lectivo por la condición médica.

□ 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 pueden presentar un nuevo formulari firmado por el médico ante el distrito escolar para que se verifique la necesidad de seguir prestando los servicios educativos en el hogar, en el hospital o en una residencia pediátrica).*

**Declaración jurada del médico sobre la necesidad médica del estudiante de recibir los servicios educativos en el hogar, en el hospital o en una residencia pediátrica**

*Soy el médico que trata al estudiante mencionado arriba y soy responsable de su atención médica. Por la presente, certifico que el estudiante probablemente permanezca en el hogar, en un hospital o en una residencia pediátrica por un período de más de 60 días lectivos en el año lectivo, o por períodos reiterados que suman más de 60 días lectivos durante el transcurso del año lectivo, por los motivos médicos expresados arriba.*

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

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

Tenga en cuenta que si se necesita más información, el distrito escolar puede solicitar el consentimiento de los padres y comunicarse con usted como médico responsable.

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

Puede obtener más información en la [Guía de Preguntas y Respuestas sobre la Implementación de Servicios Educativos en el Hogar o el Hospital.](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)