



**The School District of Osceola County**  
**Oficina de Educación para Estudiantes Excepcionales**  
**Solicitud de servicios por hospitalización/confinamiento en el hogar**

**SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**  
**Para ser completado por el padre/tutor legal (en letra de imprenta)**

Núm. de estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Programa ESE/504
Grado	Escuela actual		Nombre del padre/tutor legal		
Correo electrónico del padre/tutor legal			Número de teléfono preferido del padre/tutor legal		Teléfono alternativo
Dirección del padre/tutor legal			Ciudad	Estado	Código postal

**Padre/Tutor: Revise las expectativas del programa de hospitalización/confinamiento en el hogar:**

- La elegibilidad se basa en los Estatutos de Florida, la Norma 6A-6.03020 de la Junta Estatal, y la declaración del médico es parte de la información para determinar la elegibilidad. El personal del Hospitalización/Confinamiento en el Hogar del Distrito Escolar del Condado Osceola puede comunicarse con el médico autorizado que completó la solicitud para obtener información para determinar la elegibilidad.
- Es mi responsabilidad continuar solicitando y enviando tareas completadas/trabajos de recuperación, hasta que mi estudiante sea considerado elegible y colocado en el programa de hospitalización/confinamiento en el hogar, ya que las calificaciones se transferirán con el estudiante.
- Si mi hijo está demasiado enfermo para asistir a la escuela, debo seguir informando de las ausencias a la escuela, según la política del distrito, hasta que se celebre una reunión de elegibilidad y yo dé mi consentimiento oficial por escrito para que la instrucción se imparta a través del programa de hospitalización/confinamiento en el hogar.
- Esta solicitud no garantiza la colocación en el programa de hospitalización/confinamiento en el hogar.
- Los criterios de elegibilidad estatales para los servicios hospitalarios o domiciliarios exigen que el niño esté **confinado** en el hogar o en el hospital. La única excepción es si se solicita una colocación a tiempo parcial.
- El Programa de Hospitalización/Confinamiento en el Hogar está diseñado para ser un programa educativo **temporal** para ayudar a los estudiantes que no pueden asistir a la escuela por razones médicas o psiquiátricas, no está destinado a abordar problemas de asistencia no médicos.
- El estudiante no podrá emplearse, participar en actividades extracurriculares ni ausentarse de vacaciones.
- El Programa de Hospitalización/Confinamiento en el Hogar no puede duplicar la experiencia del salón de clases, la cantidad de instrucción académica brindada, no se brindan todos los cursos que se ofrecen en un plantel escolar (solo se brindan cursos académicos básicos).
- No se ofrecen cursos optativos de escuela superior en el marco del Programa de Hospitalización/Confinamiento en el hogar y deben completarse a través de otra plataforma.
- El programa de hospitalización/confinamiento en el hogar sigue el calendario del Distrito Escolar del Condado Osceola. Los servicios no se brindarán durante las vacaciones de los estudiantes ni en los días en que los estudiantes no asisten regularmente a la escuela (fines de semana/vacaciones/verano).
- Si son elegibles, los estudiantes están sujetos a la misma política de asistencia obligatoria del Distrito Escolar del Condado Osceola.
- El padre/tutor deberá proporcionar un entorno seguro, tranquilo, limpio y bien ventilado donde el estudiante pueda participar en la instrucción sin distracciones.
- Un padre/tutor o un adulto designado debe estar presente durante todas las sesiones de instrucción y firmar la hoja de tiempo de instrucción del maestro después de cada sesión.

**La salida del Programa de Hospitalización y Confinamiento en el Hogar puede producirse por los siguientes motivos:**

- Un médico con licencia de Florida indica que un estudiante puede regresar a la escuela de su zona de origen.
- El estudiante ya no está confinado en el hospital o en su casa, se sabe que está trabajando o se va de vacaciones.
- El estudiante no asiste a las sesiones de instrucción o no completa el trabajo en línea según lo exige el ritmo académico.
- La solicitud de hospitalización/reclusión en el hogar vence.

He leído y acepto las políticas, los procedimientos y los requisitos de elegibilidad y colocación para servicios de hospitalización y confinamiento en el hogar, y comprendo los motivos de la desestimación. Entiendo que mi firma a continuación otorga mi consentimiento para que se realice una evaluación a fin de considerar la elegibilidad para los servicios de hospitalización y confinamiento en el hogar.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

To be completed by school only.		
<b>DATE RECEIVED</b>		
MM	DD	YY

Núm. de estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Programa de ESE/504
--------------------	------------------------------	---------	----------	---------------------	---------------------

**Autorización de los padres o tutores para la divulgación e intercambio de información**

Por la presente autorizo al médico(s) del estudiante a divulgar toda la información relacionada con los diagnósticos, el plan de tratamiento, las implicaciones o instrucciones médicas y el plan de reingreso al Distrito Escolar del Condado Osceola. **Esta comunicación puede ser escrita o verbal.** Esta autorización permanecerá vigente hasta que el estudiante haya sido dado de baja o suspendido del Programa de Hospitalización/Confinamiento en el Hogar.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SECTION II: MEDICAL INFORMATION**

**TO BE COMPLETED BY A FLORIDA LICENSED PHYSICIAN/PSYCHIATRIST  
Information must be printed. If completed by a licensed ARNP or P/A,  
the name of the licensed supervising physician must be noted on the bottom of page 3.**

**Physician/Psychiatrist Information**

Physician Name	Area of Practice	License Number	Licensing State
Address	City	State	Zip Code
Physician E-Mail Address	Physician Phone #	Fax #	

**Student Medical Information & Certification**

The student mentioned above is being considered for Hospital/Homebound instructional services based on a medical or psychiatric diagnosis **confining** the student to the home or hospital. Please complete the information below providing details regarding the medical diagnosis to assist us in making appropriate educational decisions. Please keep in mind, hospital/homebound services are limited and basic in nature. Our goals are to minimize instructional gaps by providing **temporary** access to academic curriculum while the student is medically **confined** and to promote reentry into a traditional school setting.

Date of Onset of Condition	Date Last Seen by Physician
Please indicate the student's diagnosis (no ICD9 codes) that prohibits your patient from attending school.	
Describe your treatment plan for this student (please include any medical/psychiatric appointments, frequency, and duration of the treatments).	
Nature of <b>Confinement</b> : Explain in detail how the medical or psychiatric condition you have diagnosed prevents the student from attending the regular school setting (to what degree is the student <b>confined</b> to the home/hospital).	

Núm. de estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Programa de ESE/504
--------------------	------------------------------	---------	----------	---------------------	---------------------

What are your recommendations for school re-entry and other school-related activities?

Required from Physician: Provide an estimated duration of the condition or prognosis.

Required from Physician: Provide recommended dates for confinement to the home or hospital:

Beginning of Confinement: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ End of Confinement: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (date of return to school)  
 Month Day Year Month Day Year

*\*Please note: a request cannot exceed one calendar year. If this section is left blank, it will delay the process of this request.*

Required from Physician: The student is recommended to be confined to the home or hospital as checked below: (Check only one option)

Intermittent: Student can attend home zone school most school days; student may be ill occasionally.

Partial Day: Student can attend school part of every day during a recuperative period of readjustment to a full day.  
 If eligible, how many hours should the student be able to attend school? \_\_\_\_\_

Full-Time: Student is not able to attend school at a school site due to the need for full time confinement.  
 If eligible, how many hours of hospital/homebound schoolwork should this student be able to endure each day?

Please check one:

7 hours     6 hours     5 hours     4 hours     3 hours     2 hours     1 hour

None of the Above: Student can attend school full time.

<b>Medical Certification</b>	<b>Initial below to indicate a response of "Yes" or "No"</b>	
	Yes	No
<b>All questions must be answered by the physician</b>		
Is the student expected to be absent from school due to the medical condition for at least fifteen (15) consecutive days, or absent due to a chronic medical condition for at least fifteen (15) non-consecutive days.		
Will the student be <b>confined</b> to the home or hospital during the time hospital/homebound services are expected?		
Will the student be able to participate in and benefit from an instructional program provided through a hospital/homebound program?		
Is the student under medical care for the illness or injury that is <b>acute, catastrophic, or chronic in nature?</b>		
Can the student receive hospital/homebound instructional services without endangering the health and safety of the instructor or other students with whom the instructor may come in contact with?		
Is the student able to go to a school site to take standardized/semester assessments?		

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**\*\*Signature Required (Stamp NOT Accepted)**

A "licensed physician" means one who is qualified to assess the student's physical or psychiatric condition (M.D. or D.O.). An ARNP or PA working for a physician licensed under the authority of sections 458 or 459, F.S., may sign this medical statement instead of the physician. The name of the licensed physician must be noted on the statement in addition to the signature.

Please Print Supervising Physician and Title \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_  
 Supervising Physician Signature \_\_\_\_\_