



## DECLARACIÓN DE NECESIDADES DEL PROFESIONAL DE SALUD

Esta declaración constituye la verificación por parte del *médico, psicólogo o trabajador social clínico matriculado* a cargo del tratamiento del alumno/a, en la que se indica que el alumno/a padece una afección o diagnóstico que le impide asistir a la escuela por diez o más jornadas escolares *consecutivas*.

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Afecciones médicas que le impiden al alumno/a asistir a la escuela por diez (10) o más días consecutivos:

Conforme a las afecciones mencionadas previamente, describa por qué el alumno/a es incapaz de asistir a la escuela. Sea específico.

Fecha en que el alumno es incapaz de asistir a la escuela: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**(Indique fechas específicas. Se debe entregar una declaración de necesidades actualizada a Servicios de Enseñanza en Hogares y Hospitales cada 120 días para que el alumno/a siga calificando para recibir los servicios continuos. El programa de Servicios de Enseñanza en Hogares y Hospitales se reserva exclusivamente la autoridad de renunciar al requerimiento de 120 días, por escrito, en base al pronóstico médico a largo plazo del alumno/a).**

¿Existe un riesgo de contagio? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si responde sí, indique el nivel de contagio y las medidas o precauciones que puede tomar el docente de Enseñanza en Hogares y Hospitales: \_\_\_\_\_

### NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA (EN IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE NÚMERO DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

*Esto verifica que la información precedente es correcta en la fecha indicada debajo:*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA FECHA

**Importante:**

La política de Canyons School District requiere que el alumno/a esté confinado en su hogar o en un hospital debido a una enfermedad física o emocional, lesión, discapacidad, complicaciones por embarazo o circunstancias atenuantes. (IHBF R-1.2) En la mayoría de los casos, la duración de los servicios será determinada por el director, después de consultar a los padres del alumno/a y revisar la información provista por el médico, profesional de salud, trabajador social o psicoterapeuta a cargo del tratamiento del alumno/a. (IHBF R-2.5) Si pareciera que la elegibilidad del alumno/a es incorrecta o está siendo falsificada, o si el programa está siendo mal utilizado por el alumno/a o su familia, el director iniciará una revisión formal con el designado del Superintendente que administre el Programa de Enseñanza en Hogares y Hospitales. (IHBF R-2.6)