



**Departamento de Servicios Estudiantiles**  
**Servicios de Enseñanza en Casa u Hospital**  
9361 S State St Sandy, UT 84070  
Teléfono: 801-826-5506 Fax: 801-826-5507

### **DECLARACIÓN DE NECESIDADES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

Esta declaración es una verificación del *Médico, Psicólogo o Trabajador Social Clínico* de un estudiante que el estudiante tiene una condición o un diagnóstico que le impide asistir a la escuela durante 10 o más días consecutivos.

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

Condiciones médicas que impiden que el estudiante asiste a clases por diez (10) o más días consecutivos:

\_\_\_\_\_

En base a las condiciones de arriba, describa porque el estudiante está impedido de asistir a la escuela. Por favor sea específico.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Las fechas que el estudiante no puede asistir a la escuela: /\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Sírvese proporcionar fechas específicas. Debe proporcionarse a Servicios de Enseñanza en Casa u Hospital una Declaración de Necesidades actualizada cada 120 días para que el estudiante permanezca calificado para recibir servicios. Programa de Servicios de Enseñanza en Casa u Hospital se reserva la autoridad de eximir del requerimiento de 120 días por escrito, en base al diagnóstico de largo plazo del estudiante.)

¿Existe un riesgo de contagio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si respondió sí, indique el nivel de contagio y las medidas con precauciones a seguir por el Maestro en Casa u Hospital: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROFESIONAL DE CUIDADOS DE SALUD (SÍRVASE IMPRIMIR)**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

Esto verifica que la información de arriba es precisa hasta la fecha de abajo:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD

\_\_\_\_\_  
FECHA

#### **ANOTACIONES:**

Las normas del Distrito Escolar Canyons requiere que el estudiante esté confinado en casa u hospital debido a una enfermedad física o emocional, a una lesión, a una discapacidad o a otra circunstancia que no le permite a más de 50% de asistencia o una referencia del Equipo de Administración de Casos del Distrito. (500.46-2) en la mayoría de los casos, la duración de los servicios debe ser determinada por el director después de haber consultado con los padres del estudiante y de haber revisado la información proporcionada por el actual médico, trabajador social o psicoterapeuta. (500.46.3) Si parece que el programa viene siendo abusado por el estudiante o por la familia del estudiante, el director iniciará una revisión formal con la persona designada por la superintendencia que administra el Programa de Enseñanza en Casa u Hospital. 500.46.3.

Distribución de copias: Director, Padre/Tutor, Servicios de Enseñanza en Casa u Hospital