



## Sacramento City Unified School District Instrucción en el Hogar o en el Hospital (HHI)

### Información y Solicitud del Programa

SCUSD ofrece instrucción en el hogar o en el hospital (HHI) como servicios para satisfacer las necesidades educativas de los estudiantes que residen en nuestro distrito y que padecen una enfermedad o discapacidad temporal pero prolongada que hace imposible o desaconsejable la asistencia a su escuela regular.

*"Discapacidad temporal" (Código de Educación 48206.3) se define como una discapacidad física, mental o emocional incurrida mientras un alumno está matriculado en clases diurnas regulares o en un programa educativo alternativo, y después de la cual se puede esperar razonablemente que el alumno regrese a sus clases diurnas regulares o el programa de educación alternativa sin intervención especial. Código de Educación 48207.*

**Nuestro programa requiere una ausencia mínima prevista de 4 semanas y un máximo de 9 semanas. La escuela de su estudiante le apoyará en el Estudio Independiente a Corto Plazo si es menos de 4 semanas.**

**Por favor revise la siguiente información del programa e incluya esta página al enviar la solicitud de instrucción en el hogar o en el hospital (HHI):**

- Los estudiantes pueden ser remitidos a HHI si no pueden asistir a la escuela debido a una lesión o enfermedad grave que resultará en una ausencia escolar durante al menos 4 semanas.
- Se deben considerar adaptaciones en el sitio escolar, como 504 o un estudio independiente a corto plazo, ANTES de realizar una remisión.
- Para inscripciones que superen las 9 semanas, un nuevo formulario de solicitud del médico (Formulario C), puede ser requerido.
- Las solicitudes para la escuela preparatoria deben recibirse 6 semanas antes del final del semestre.
- Independientemente de la recomendación del médico, SCUSD determinará si la colocación es apropiada de forma individual. La aprobación queda a discreción de SCUSD.

**Para los estudiantes de educación general, existen dos modelos de instrucción:**

1. Instrucción en el hogar o en el hospital (HHI) en casa, en el entorno hospitalario o virtualmente, si se considera médicamente necesario, por hasta 5 horas de instrucción a la semana.
2. Estudios independientes por razones médicas (MIS) es un entorno menos restrictivo donde el estudiante se reúne con un maestro en Capital City School durante 1 hora a la semana.

[Por favor envíe una solicitud completa a HomeHospital@scusd.edu](mailto:HomeHospital@scusd.edu)

**Para los estudiantes que tienen un IEP:**

1. La instrucción se llevará a cabo en persona o virtualmente en un horario acordado por la familia y el maestro de HHI según una reunión de enmienda del IEP.
2. Se programará una reunión de agenda para discutir la colocación de HHI y los cambios en la oferta de FAPE del estudiante.

[Por favor envíe una solicitud completa a HomeHospital@scusd.edu](mailto:HomeHospital@scusd.edu)

**Para estudiantes que están hospitalizados:**

Si su estudiante está en Shriner's Hospital, Sutter Center for Psychiatry, Sutter Medical Center, o UC Davis Children's Hospital, la instrucción será proporcionada por un maestro de SCUSD en el hospital.

**La instrucción en el hogar o en el hospital no comenzará hasta que los siguientes formularios hayan sido recibidos y aprobados por el Equipo de Liderazgo de HHI y el padre/tutor esté de acuerdo con lo siguiente:**

- Información del programa y lista de verificación de solicitudes HHI/MIS
- Solicitud de los padres (Formulario A)
- Autorización para el uso o divulgación de información de salud (Formulario B)
- Solicitud del médico (Formulario C)
- Para todas las remisiones de Educación Especial - Plan de Educación Individualizado (IEP) que designe la instrucción en el hogar o en el hospital (Adenda)

[Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a HomeHospital@scusd.edu](mailto:HomeHospital@scusd.edu)

El Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de Sacramento prohíbe la discriminación, la intimidación, el acoso (incluido el acoso sexual) o el acoso basado en la ascendencia, el color de piel, la discapacidad, la raza o el origen étnico, la religión, el género, la expresión de género, la identidad de género, el estado migratorio, el estatus nacional, real o percibido, de una persona, origen, sexo, orientación sexual o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas. Para preguntas o quejas, comuníquese con Equity Compliance Officer and Title IX Coordinator: Stephan Brown – 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.9425; [stephan-brown@scusd.edu](mailto:stephan-brown@scusd.edu). Para preguntas o quejas relacionadas con el empleo, comuníquese con Human Resource Services: Cancy McArm – Chief Human Resources Officer – 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824; 916.643.7474; [cancy-mcam@scusd.edu](mailto:cancy-mcam@scusd.edu). Section 504 Coordinator: Noel-Estacio 5735 47th Avenue, Sacramento CA, 95824, 916.643.9412. [Noel-Estacio@scusd.edu](mailto:Noel-Estacio@scusd.edu).



## Solicitud de los padres (Formulario A)

SCUSD ofrece instrucción en el hogar o en el hospital (HHI) como servicios para satisfacer las necesidades educativas de los estudiantes matriculados, que residen en nuestro distrito, que tienen una enfermedad o discapacidad temporal pero prolongada que hace imposible o desaconsejable la asistencia a su escuela regular. El período previsto de ausencia debe ser de **al menos cuatro (4) semanas, pero no exceder las 9 semanas.**

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

Nombres de los padres/tutores \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Escuela actual: \_\_\_\_\_ Maestro/consejero actual: \_\_\_\_\_

Motivo de la solicitud de instrucción en el hogar o en el hospital (HHI):

**¿Tiene su hijo/a actualmente un IEP? Sí  No** , si es así, proporcione el nombre del administrador de casos o del maestro de educación especial: \_\_\_\_\_

**Por favor ponga sus iniciales en todo lo siguiente y firme abajo:**

- Por la presente solicito que SCUSD evalúe a mi hijo/a para la instrucción en el hogar o en el hospital o el programa de estudios independientes por razones médicas porque temporalmente no puede asistir a su escuela por razones médicas.
- Entiendo que la colocación en estos programas queda a discreción de SCUSD.
- Acepto asistir a las reuniones de planificación/colocación.
- Es mi intención que mi hijo/a regrese a sus clases regulares lo antes posible cuando su condición médica mejore.

**Después de que mi hijo/a haya sido aprobado para HHI y se determine que la instrucción se llevará a cabo en el hogar o virtualmente si se considera médicamente necesario:**

- Acepto que mi hijo/a estará listo para recibir instrucción según lo acordado con el maestro, con materiales, libros y sus necesidades físicas satisfechas.
- Acepto estar presente y visible o tener un adulto designado (25 años o más) presente en el hogar durante HHI.
- Acepto proporcionar un lugar tranquilo y apropiado para la instrucción.
- Entiendo que algunas clases no se pueden impartir en HHI o MIS (por ejemplo, AP, trayectoria profesional y programas especiales). No se garantiza ningún horario. Se puede ofrecer un horario alternativo.
- Acepto notificar al maestro 4 horas antes de la cita programada si mi hijo/a no puede recibir instrucción por algún motivo.
- Entiendo que, si se espera que la colocación exceda la fecha de regreso, es posible que se me pida que proporcione un nuevo formulario de solicitud del médico y que asista a una reunión de agenda.

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Autorización para el uso o divulgación de información de salud a los distritos escolares (Formulario B)

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud de identificación individual, como se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales y de California concernientes a la privacidad de dicha información. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

**INFORMACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN:**

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

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a (nombre de la agencia y/o proveedores de atención médica):

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

a proporcionar información de salud del expediente médico del estudiante mencionado anteriormente a y de:

**Sacramento City Unified School District - 5735 47th Avenue, Sacramento, CA 95824  
Home Hospital Coordinator/Credentialed Nurse (916) 643-9412**

La divulgación de información de salud se requiere para el siguiente propósito: **evaluar al estudiante y determinar la necesidad de servicios.**

La información solicitada se limitará a lo siguiente:  Toda la información de salud;

Información de salud mental; o  Información específica de la enfermedad tal como se describe:

**DURACIÓN:**

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor hasta \_\_\_\_\_ (anote la fecha) o por un año a partir de la fecha de la firma, si no se anota ninguna fecha.

**RESTRICCIONES:**

La ley de California prohíbe al Solicitante hacer más divulgaciones de mi información de salud a menos que el Solicitante obtenga otro formulario de autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

**SUS DERECHOS:**

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe realizarse por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a las agencias/personas de atención médica mencionadas anteriormente. Mi revocación entrará en vigor al ser recibida, pero no será efectiva en la medida en que el Solicitante u otros hayan actuado basándose en esta Autorización.

**NUEVA DIVULGACIÓN:**

Entiendo que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información según lo prescrito por la Ley de Protección de Igualdad de Derechos Familiares (FERPA) y que la información pasa a formar parte del expediente educativo permanente del estudiante. La información será compartida con personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con el fin de proporcionar entornos educativos y servicios y programas de salud escolares que sean seguros, apropiados y menos restrictivos.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Es posible que sea necesario firmar esta autorización para que este estudiante obtenga los servicios apropiados en el entorno educativo.

**APROBACIÓN:**

Nombre impreso del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



# Physician Request (Form C)

Dear Medical Provider,

SCUSD offers Home Hospital Instruction(HHI) as services to meet the educational need of students with a temporary acute condition that prevents attendance at their regular school.

*“Temporary disability” (Ed Code 48206.3) is defined as a physical, mental, or emotional disability incurred while a pupil is enrolled in regular day classes or an alternative education program, and after which the pupil can reasonably be expected to return to regular day classes or the alternative education program without special intervention. A temporary disability shall not include a disability for which a pupil is identified as an individual with exceptional needs pursuant to Ed Code 48207.*

**Please complete the ENTIRE FORM to assist us in determining how to best meet the academic needs of your patient.**

---

### Our programs require a minimum expected absence of four (4) weeks.

Expected duration of Absence: Beginning date: \_\_\_\_\_ End date: \_\_\_\_\_

---

Student’s Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

Medical Diagnosis: \_\_\_\_\_

If emotional, psychological, or behavioral, is this student receiving ongoing medical care?       Yes       No

Prognosis: \_\_\_\_\_

Date(s) of Medical/Psychiatric Examination: \_\_\_\_\_

Location and Duration of Hospitalizations: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Physical limitations preventing school attendance:

Psychological or emotional limitations preventing school attendance:

Recommendations for physical/psychological accommodations upon return to school:

#### TO BE COMPLETED AND SIGNED BY A MEDICAL DOCTOR (MD)

This is to certify that the student named above is in my professional care. This student does not have a contagious disease that will endanger the health & safety of the teacher. I understand that placement of this student in Home Hospital Instruction or Medical Independent Study is at the discretion of SCUSD.

Physician’s Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician’s Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Hospital Affiliation: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

For questions, please contact HomeHospital@scusd.edu or submit form to Confidential SCUSD Health Services fax# (916) 399-2028