

Administrative Center · 203 W. Hillside Road · Naperville, Illinois 60540-6589 · 630-420-6465 · FAX: 630-420-6566

Solicitud Para Tutoría en Casa/Hospital

Mi hijo no puede asistir a la escuela y estoy solicitando: _____ Hogar _____ Hospital (cheque solo uno)
 Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Número de Teléfono: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Fecha que asistió la última vez: _____

Reconozco que si acepto los servicios de instrucción, acepto mantener las siguientes condiciones :

- ❖ Presencia de un adulto de 21 años o más en el lugar público durante la sesión de tutoría.
- ❖ Presencia de mi hijo para todas las sesiones programadas.
- ❖ Notificar a la escuela y al instructor confinado al hogar si debe cancelar el tiempo de instrucción.
- ❖ Monitorizar el cumplimiento de la tarea y otras asignaciones.
- ❖ Proporcionar una solicitud actualizada y una declaración del médico cada dos meses para las ausencias prolongadas.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

*Complete y devuelva esta parte junto con la Declaración del médico a la administración del edificio de su estudiante o a la atención de: Servicios al Estudiante/ PSAC, Attn: Director de Servicios al Estudiante.

TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL
 (Para ser completado por el personal de la escuela)

Student ID# _____

Student's Classes/Services:

Teacher/Service Provider:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Current IEP/504 on file _____ Yes _____ No
 Related Services provided _____ Yes _____ No

Date: _____ Administrator Signature: _____
 (Fecha) (Firma del Administrador)

*After the form is completed in its entirety, please return to Student Services/PSAC, Attn: Director of Student Services.
 (Después de completar el formulario en su totalidad, devuelvalo a Servicios Estudiantiles/PSAC, Attn: Director de Servicios al Estudiante)

Administrative Center · 203 W. Hillside Road · Naperville, Illinois 60540-6589 · 630-420-6465 · FAX: 630-420-6566

HOME/ HOSPITAL PHYSICIAN'S CERTIFICATION

(Certificación del Médico de Hogar/Hospital)

TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN LICENSED TO PRACTICE MEDICINE IN ALL IS BRANCHES (M.D. OR D.O.)

[PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO LICENCIADO PARA PRACTICAR MEDICINA EN TODAS LAS ÁREAS - (M.D. O.D.O)]

Student Name: _____

Date of Birth: _____

(Nombre del Estudiante:)

(Fecha de Nacimiento:)

DIAGNOSIS (Please complete the following)

[Diagnóstico: (Por favor completar lo siguiente):]

Diagnosis/Injury/Surgery (Primary Diagnosis): _____

(Diagnóstico/Lesión/Cirugía (Diagnóstico Primario):

Other (Describe): _____

(Otros: Describa:)

If the diagnosis is a disease, Is this disease communicable? _____ Yes _____ No

(Si el diagnóstico es una enfermedad, esta enfermedad es transmisible?) _____ Si _____ No

If yes, please provide instruction to school staff in the space below labeled "Special Recommendation to Teachers"

(En caso afirmativo, proporcione instrucción al personal de la escuela en el espacio a continuación etiquetado como

"Recomendación especial para los maestros.")

I, _____, certify that this student is unable to attend public school. I also certify that this student is medically and physically eligible to be enrolled in the following program:

(Yo, _____, certifico que este estudiante no puede asistir a la escuela pública. También certifico que este estudiante está médica y físicamente elegible para inscribirse y participar en el siguiente programa.)

Check one only (cheque solo uno)

_____ Home Instruction (Instrucción en el hogar) _____ Hospital Instruction (Instrucción en el hospital)

This physician must estimate that the student will require home or hospital instruction for a minimum of 10 school days this school year; the time may be longer than 10 days.

(Este médico debe estimar que el estudiante requerirá instrucción en el hogar u hospital por un mínimo de 10 días escolares este año escolar; el tiempo puede ser más largo que 10 días.)

Estimate the length of time the student will need Home/Hospital instruction this school year (in weeks.) (Estime el tiempo que el estudiante necesitará instrucción en el hogar u hospital este año escolar (en semanas). _____)

SPECIAL RECOMMENDATION TO TEACHER (e.g. diet, rest, exercise, positioning):

[RECOMENDACIÓN ESPECIAL A LA MAESTRA (p.ej. DIETA, DESCANSO, EJERCICIO, POSICIÓN)

Administrative Center · 203 W. Hillside Road · Naperville, Illinois 60540-6589 · 630-420-6465 · FAX: 630-420-6566

Print Name of Physician (Imprimir el nombre del médico)

Physician Contact Telephone Number (El número de teléfono del médico)

Original Signature of Physician (Firma original del médico)

Date: (Fecha) _____

For School District Use Only

**(Para use del Distrito escolar
solamente.)**

Date Home/Hospital Instruction began:

Fecha que la instrucción en hogar u
hospital comenzó.