

**Consentimiento para Intercambiar Información Médica Relacionada con los
Servicios para Alumnos Hospitalizados o Confinados al Hogar**

Teléfono: (386) 255-6475 Ext. 38395 / Fax: (386) 943-3413

La Regla 6A-6.03020 del Código Administrativo de Florida define al Alumno(a) Hospitalizado(a) o Confinado(a) al Hogar como alumno(a) con una condición física o psiquiátrica médicamente diagnosticada de naturaleza aguda o catastrófica o bien una enfermedad crónica o intermitente debida a un problema médico persistente. La condición o enfermedad debe ser tal que confina al alumno(a) a su hogar o un hospital y restrinja sus actividades durante un plazo prolongado.

Nota: Es responsabilidad de los padres y del personal escolar coordinar la recuperación de tareas hasta que el Comité IEP (*Individual Education Plan – IEP*) determine la elegibilidad para recibir Servicios H/H (*Hospital/Homebound – H/H*).

Datos de los Padres de Familia [Sección a ser llenada por el padre, madre o tutor(a).]

Nombre del Alumno(a): _____

Código Alpha: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado Escolar: _____

Dirección Física: _____

Nombre de la Escuela: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Dirección Electrónica: _____

(Nos comunicaremos con usted vía correo electrónico sobre el estado de la Remisión a Servicios para Hospitalizados/Confinados.)

Datos de Contacto del Médico: [Sección a ser llenada por el padre, madre o tutor(a); debe incluirse el número de fax del médico.]

Nombre del Médico: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Consentimiento al Intercambio Mutuo de Información [Sección a ser llenada por el padre, madre o tutor(a).]

Su consentimiento al intercambio de información facilita la coordinación de los servicios. La información compartida incluirá:
Información Médica Educativamente Relevante a la Elegibilidad para recibir Servicios H/H.

La información será compartida entre: Personal del Distrito Escolar del Condado Volusia y el Médico, incluyendo personal médico y/o de oficina.

Autorización y Firma

Por este medio autorizo al Distrito Escolar del Condado Volusia a intercambiar información con el médico de mi hijo(a), incluyendo la que se requiera para una Remisión al Programa para Hospitalizados/Confinados. Asimismo, entiendo que se solicitará al médico los datos necesarios para actualizar la información médica relevante a los Servicios H/H. Entiendo que tengo el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento al notificar por escrito a la Oficina de Servicios para Hospitalizados/Confinados. Previa tal revocación, me remitirán una copia de este formulario indicando la fecha de revocación. Al ser negada esta autorización o al quedar revocado posteriormente mi consentimiento, se afectará la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los Servicios H/H.

Firma: _____ Fecha: _____
Padre/Madre/Tutor(a)/Sustituto(a) Educativo(a)

Office Use: _____ Date Consent Revoked: _____ Date Confirmation Copy Sent to Parent: _____

Favor de enviar este Consentimiento para Intercambiar Información Médica a la Oficina para Hospitalizados/Confinados:

Vía Correo Postal a: Hospital/Homebound, Atlantic High School, 1250 Reed Canal Road, Port Orange, FL 32129; o

Vía Correo Interno del Distrito Escolar a: Hospital/Homebound, Atlantic High School; o

Vía Fax al: (386) 943-3413