

PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions

VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales

This form is used to obtain the recommendation of a **licensed psychiatrist, licensed psychologist, or licensed psychiatric mental health nurse practitioner** to initiate Home and Hospital Teaching (HHT) services for students who have an emotional condition that renders them unable to attend school. School personnel may need to contact the referring physician for additional information necessary to determine service need. Services may be denied if the referring psychiatrist, licensed psychologist, or licensed psychiatric mental health nurse practitioner cannot be reached within **three** days of the initial attempt to make contact. Your signature below provides authorization for the physician **or clinician to release information** to PGCPS staff **and for PGCPS staff to release information to the physician or clinician.**

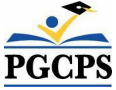
Este formulario se utiliza para obtener la recomendación de un **psiquiatra autorizado, psicólogo autorizado o personal de enfermería de salud mental psiquiátrica** para iniciar los servicios de Enseñanza en el Hogar y el Hospital (HHT, por su sigla en inglés) para los estudiantes que tienen un trastorno emocional que les impide asistir a la escuela. Es posible que el personal escolar deba comunicarse con el médico remitente para obtener la información adicional necesaria para determinar la necesidad de servicios. Se pueden negar los servicios si no se puede contactar al psiquiatra autorizado, psicólogo autorizado o personal de enfermería de salud mental psiquiátrica dentro de los tres días siguientes al primer intento de contacto. Su firma a continuación proporciona autorización para que el médico **o médico clínico divulgue información** al personal de PGCPS **y para que el personal de PGCPS divulgue información al médico o médico clínico.**

Parent Signature /Firma del padre:

Date/Fecha:

Information for Mental Health Provider Consideration / Información para consideración del proveedor de servicios de salud mental:

- Home and Hospital Teaching is for students who are unable to attend school due to a physical or emotional condition during a period of convalescence or treatment in a medical institution, therapeutic treatment center, and/or student’s place or residence.
La Enseñanza en el Hogar y el Hospital es para estudiantes que no pueden asistir a la escuela debido a una afección física o trastorno emocional durante un período de convalecencia o tratamiento en una institución médica, centro de tratamiento terapéutico y/o lugar o la residencia del estudiante.
- Home and Hospital Teaching is for students experiencing hospitalization or convalescence that leads to continuous absence of 20 or more school days or for students experiencing chronic conditions that lead to recurring, intermittent absences of 3 or more consecutive school days.
La Enseñanza en el Hogar y el Hospital es para estudiantes que experimentan hospitalización o convalecencia que resulta en una ausencia continua de 20 o más días escolares o para estudiantes que experimentan afecciones crónicas que resultan en ausencias recurrentes e intermitentes de 3 o más días escolares consecutivos.
- In many cases, the school team may be able to work with the family of a student experiencing an emotional condition to accommodate the student in school. Parents/guardians should consult with school teams about available accommodations.
En muchos casos, el equipo escolar puede trabajar con la familia de un estudiante que experimenta un trastorno emocional para servir al estudiante en la escuela. Los padres/tutores deben consultar con el equipo escolar sobre las adaptaciones disponibles.
- Accommodations that may be available in some cases should be discussed by the parent/guardian and the school team.
Las adaptaciones que pueden estar disponibles en algunos casos deben ser discutidas por el padre/tutor y el equipo escolar.
- Home and Hospital Teaching is not intended to replace school attendance (35 hours of instruction per week).
La Enseñanza en el Hogar y el Hospital no pretende reemplazar la asistencia a la escuela (35 horas de instrucción por semana).
- School systems are not permitted to use Home and Hospital Teaching as an alternative setting while awaiting a change in placement.



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions /
VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales**

Los sistemas escolares no pueden usar la Enseñanza en el Hogar y el Hospital como un entorno alternativo mientras esperan un cambio en la asignación.

- Approved students receiving Home and Hospital Teaching receive approximately 6 hours of instruction per week.
Los estudiantes aprobados que reciben los servicios de Enseñanza en el Hogar y el Hospital reciben aproximadamente 6 horas de instrucción a la semana.
- A new verification form is required for continuation of service beyond 60 calendar days.
Se debe enviar un nuevo formulario de continuación de servicios cada 60 días calendario.
- Additional pertinent medical information regarding the student's case may be attached for review.
Se puede adjuntar información médica adicional pertinente sobre el caso del estudiante para su revisión.
- Prince George's County Public Schools **does not offer online or virtual school** instead of regular school attendance.
Las Escuelas Públicas del Condado de Prince George **no ofrecen clases en línea o virtuales** en lugar de la asistencia escolar regular.

Student Information / Información del estudiante:

Student Name / Nombre del estudiante: _____

Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____

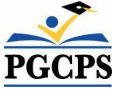
School Name / Nombre de la escuela: _____

Student Grade / Grado del estudiante: _____

Student PGCPS ID# / Número de identificación de PGCPS del estudiante: _____

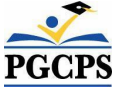
**Medical Information for Home & Hospital Teaching Determination
Información médica para la determinación de la Enseñanza en el Hogar y el Hospital**

<p>1. Diagnosis and DSM-5-TR or ICD-10 code(s) that prevent the student from attending school for 20 or more days. Diagnóstico y código(s) DSM-5-TR o ICD-10 que impiden al estudiante asistir a la escuela durante 20 días o más.</p>	
<p>2. I am the provider who provides medication management for the above-named student. Soy el proveedor que administra medicamentos al estudiante antes mencionado.</p>	<p><input type="checkbox"/> NO / NO YES / SÍ</p>
<p>3. I am the provider who provides mental health/behavioral therapy for the student named above. Soy el proveedor que brinda terapia de salud mental/conductual para el estudiante antes mencionado</p>	<p>NO / NO YES / SÍ</p>
<p>4. Date of first appointment with the above-named student . Fecha de la primera cita con el estudiante antes mencionado.</p>	



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions /
VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales**

<p>5. Date of most recent appointment with the above-named student.</p> <p>Fecha de la cita más reciente con el estudiante antes mencionado.</p>	
<p>6. Based on the condition in question #1, the above-named student is...</p> <p>Según la afección de la pregunta # 1, el estudiante mencionado...</p>	<p>Unable to attend school for 20 or more consecutive days No puede asistir a la escuela por 20 o más días consecutivos</p> <p>Able to attend school intermittently as health permits Puede asistir a la escuela de manera intermitente según lo permita su salud</p>
<p>7. If the student is UNABLE TO ATTEND SCHOOL explain how the student’s emotional condition and/or treatment prevents the student from attending school for 20 or more days.</p> <p>Si el estudiante NO PUEDE ASISTIR A LA ESCUELA, explique cómo el trastorno emocional del estudiante y/o el tratamiento impiden que el asista a la escuela por 20 o más días.</p>	
<p>Recommendations to assist the student with returning to school (Select all that apply.)</p> <p>Recomendaciones para ayudar al estudiante a regresar a la escuela (seleccione todas las que correspondan.)</p> <p>Accommodations/Modifications to student workload (provide examples) / adaptaciones/modificaciones a la carga de trabajo del estudiante (proporcione ejemplos)</p> <p>Accommodations/Modifications to school day (provide examples) / adaptaciones/modificaciones a la jornada escolar (proporcione ejemplos)</p> <p>Other/ Otro</p>	



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions /
VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales**

8. If the student can **ATTEND INTERMITTENTLY AS HEALTH PERMITS** explain how the student’s emotional condition and/or treatment may affect the student’s attendance or functioning at school.

Si el estudiante **PUEDE ASISTIR A LA ESCUELA DE MANERA INTERMITENTE SEGÚN LO PERMITA SU SALUD**, explique cómo el trastorno emocional y/o el tratamiento del estudiante pueden afectar la asistencia o el funcionamiento del estudiante en la escuela.

Recommendations to support school attendance and participation within the school building:

Recomendaciones para apoyar la asistencia y participación escolar dentro del edificio escolar:

Accommodations/Modifications to student workload (provide examples)
Adaptaciones/modificaciones a la carga de trabajo del estudiante (proporcione ejemplos)

Accommodations/Modifications to the school day or schedule (provide examples)
Adaptaciones/modificaciones a la jornada o horario escolar (proporcione ejemplos)

Check-ins with Professional School Counselor or School Mental Health Clinician
Reuniones con un consejero escolar profesional o un profesional de la salud mental

Other / Otro:

<p>9. Is the student currently taking medication? ¿Está el estudiante tomando medicamentos actualmente?</p>	<p>NO/NO YES/SÍ</p>
<p>10. Provide the names of the medication and dosage. Proporcione los nombres de los medicamentos y las dosis.</p>	
<p>11. Has treatment of this emotional condition required hospitalization or time in a residential facility? ¿Ha requerido el tratamiento de este trastorno emocional la hospitalización o el ingreso en un centro residencial?</p>	<p>NO/NO YES/SÍ If yes, provide names of facilities and dates of stays En caso afirmativo, proporcione el nombre del centro y la fecha de estadía:</p>



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions /
VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales**

<p>12. I have provided a copy of the treatment plan and therapy goals for this student to be submitted with this form. NOTE: A treatment plan with therapy goals must be submitted with this form.</p> <p>He presentado una copia del plan de tratamiento con metas de terapia de este estudiante para enviarla con este formulario. NOTA: se debe enviar un plan de tratamiento con metas de terapia con este formulario.</p>	<p>NO/NO YES/SÍ</p>
<p>13. Date HHT services should begin</p> <p>Fecha en la que deben comenzar los servicios de HHT:</p>	
<p>14. Anticipated duration of service (WEEKS ONLY) / Duración anticipada del servicio (SOLAMENTE SEMANAS)</p> <p>NOTE: If approved, a new form must be submitted every 60 days.</p> <p>NOTA: si se aprueba, se debe enviar un nuevo formulario cada 60 días.</p>	

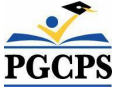
Health Care Provider Verification/ Verificación del proveedor de atención médica

<p>Health Care Provider's Name and Title (Print)</p> <p>Nombre y cargo del proveedor de atención médica (letra de molde):</p>	
<p>Health Care Provider/ Proveedor de atención médica:</p>	<p>Licensed Psychiatrist / Psiquiatra autorizado Licensed Psychologist / Psicólogo autorizado Licensed Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner/Enfermera licenciada en salud mental psiquiátrica</p>
<p>License Number / Número de licencia:</p>	<p>Contact Phone Number / Número de teléfono:</p>
<p>Email Address (For School Psychologist Consult)</p> <p>Correo electrónico (para consulta con el psicólogo escolar):</p>	

**This form is valid for 60 days from the date of physician's signature.
Este formulario es válido por 60 días a partir de la fecha en que el médico firmó el formulario.**

Health Care Provider's Signature / Firma del proveedor de atención médica: _____

Date / Fecha: _____



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions /
VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales**

Review by PGCPS Office of Psychological Services ONLY/ Revisión por parte de la Oficina de Servicios Psicológicos de PGCPS SOLAMENTE

The Office of Psychological Services has reviewed this referral for Home and Hospital Teaching and is indicating the following

La Oficina de Servicios Psicológicos ha revisado esta remisión para Enseñanza en el Hogar y el Hospital e indica lo siguiente:

School Psychologist reviewed the referral documentation and SUPPORTS the recommendation for HHT services.
El psicólogo escolar revisó la documentación de remisión y APOYA la recomendación de servicios HHT.

Office of Psychological Services Supervisor/Coordinator SUPPORTS the recommendation of HHT services.
El coordinador/supervisor de la Oficina de Servicios Psicológicos APOYA la recomendación de servicios HHT.

School Psychologist reviewed the referral documentation and DOES NOT support the recommendation of HHT services.
El psicólogo escolar revisó la documentación de remisión y NO APOYA la recomendación de servicios HHT.

Office of Psychological Services Supervisor/Coordinator DOES NOT support the recommendation of HHT services.
El coordinador/supervisor de la Oficina de Servicios Psicológicos NO APOYA la recomendación de servicios HHT.

Signature PGCPS Office of Psychological Services Supervisor/Coordinator / Firma del supervisor/coordinador de la Oficina de Servicios Psicológicos de PGCPS:

Date / Fecha:
