

**VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: Trastornos emocionales****Padre/Tutor:**

Este formulario se utiliza para obtener la recomendación de un **psiquiatra autorizado, psicólogo autorizado o enfermero practicante de salud mental psiquiátrica autorizado** 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 enfermero practicante de salud mental psiquiátrica autorizado 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. La HHT es un apoyo temporal para un estudiante que está experimentando una crisis emocional, no es igual a la enseñanza diaria del salón de clases. Los estudiantes reciben 6 horas de apoyo **a la semana** en comparación con las 30 horas de instrucción que se les brindan en la escuela. **Las Escuelas Públicas del Condado de Prince George no ofrecen clases en línea o virtuales en lugar de la asistencia regular a la escuela.**

Firma del parente:

Fecha:

**Información del estudiante:**

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Nombre de la escuela:

Grado del estudiante:

Número de identificación de PGCPS del estudiante:

**Consejero escolar profesional/Administrador escolar:**

**Este estudiante tiene un IEP y está recibiendo las siguientes adaptaciones por parte del distrito escolar (marque todas las que correspondan).**

Asistente dedicada personalizada	Enfermera de guardia privada	Tiempo adicional
----------------------------------	------------------------------	------------------

**Información médica para la determinación de la Enseñanza en el Hogar y el Hospital**

- Diagnóstico y código(s) DSM-5-TR o ICD-10 que impiden al estudiante asistir a la escuela durante 20 días o más.**  
Si es necesario, adjunte información adicional para ayudar al distrito a determinar por qué este no podría acomodar al estudiante durante 20 días escolares o más.

**Con base en el diagnóstico anterior, el estudiante es (**MARQUE UNO**)**

**INCAPAZ** de **ASISTIR** a la escuela por 20 o más días consecutivos, pero puede comenzar una transición gradual a un entorno escolar después de 20 días.

**CAPAZ** de **ASISTIR** a la escuela de manera intermitente según lo permita su salud. 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.

- Si el estudiante NO PUEDE ASISTIR A LA ESCUELA,** explique cómo el trastorno emocional del estudiante y/o el tratamiento le impiden que se le acomode en un entorno escolar tradicional. Incluya cualquier documentación de apoyo que le ayude al distrito a determinar la necesidad del estudiante de ausentarse durante 20 o más días escolares.

Nombre del estudiante:



## VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: Trastornos emocionales

3. Soy el proveedor que administra medicamentos al estudiante antes mencionado.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
4. Soy el proveedor que brinda terapia de salud mental/conductual al estudiante antes mencionado.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
5. Fecha de la primera cita con el estudiante antes mencionado.	
6. Fecha de la cita más reciente con el estudiante antes mencionado.	
7. ¿Está el estudiante tomando medicamentos actualmente?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Indique los nombres de los medicamentos y las dosis.
8. ¿Ha requerido el tratamiento de este trastorno emocional la hospitalización o el ingreso en un centro residencial?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ En caso afirmativo, proporcione el nombre del centro y la fecha de estadía:
9. He presentado una copia del plan de tratamiento y las metas de terapia de este estudiante para enviarla con este formulario. <b>Se debe enviar un plan de tratamiento con metas de terapia con este formulario.</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
10. Fecha en la que deben COMENZAR los servicios de HHT:	
<b>11. Finalizar HHT después de: (marque el número de semanas):</b> NOTA: el servicio de HHT no dura todo el año. Se espera que los estudiantes regresen a la escuela. <b>LA ESCUELA EN LÍNEA NO ESTÁ DISPONIBLE a no ser que el estudiante haya sido aceptado en el Campus virtual de PGCPS. El distrito escolar puede brindar adaptaciones y modificaciones a las tareas, apoyo de salud mental, controles con un consejero escolar profesional y ajustes a las cargas de trabajo o la jornada escolar.</b>	
<input type="checkbox"/> 4 SEMANAS (20 días escolares) <input type="checkbox"/> 8 SEMANAS (40 días escolares) <input type="checkbox"/> 12 SEMANAS (60 días escolares) <input type="checkbox"/> 5 SEMANAS (25 días escolares) <input type="checkbox"/> 9 SEMANAS (45 días escolares) <input type="checkbox"/> 6 SEMANAS (30 días escolares) <input type="checkbox"/> 10 SEMANAS (50 días escolares) <input type="checkbox"/> 7 SEMANAS (35 días escolares) <input type="checkbox"/> 11 SEMANAS (55 días escolares)	

### Verificación del proveedor de atención médica

Nombre y cargo del proveedor de atención médica (letra de molde):	
Proveedor de atención médica (marque uno):	<input type="checkbox"/> Psiquiatra autorizado <input type="checkbox"/> Psicólogo autorizado <input type="checkbox"/> Enfermero practicante de salud mental autorizado
Número de licencia:	Número de teléfono:
Correo electrónico (para consulta con el psicólogo escolar):	

**Este formulario es válido por 60 días a partir de la fecha en que el médico firma el formulario.**

Firma del proveedor de atención médica:

Fecha: