

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**Solicitud para Servicios Instructivos Provisionales,
SÓLO con Condición Física Calificada****Departamento de Preparación Profesional y Programas Innovadores
Servicios Instructivos Provisionales**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MONTGOMERY (MCPS)
CESC, Room 248, Rockville, Maryland

Nota: Este formulario es utilizado por la oficina de Servicios Instructivos Provisionales (Interim Instructional Services–IIS) para obtener la recomendación de un psiquiatra o un psicólogo y autorización del padre/madre/tutor para iniciar servicios de instrucción para estudiantes con una condición de salud física. **Entregue la solicitud completada al consejero escolar del estudiante o al director de la escuela.** Para más información, consulte el Reglamento IOE-RA de MCPS, *Servicios Instructivos Provisionales*.

Se exige completar una nueva solicitud para la continuidad de servicios pasados sesenta (60) días calendario.

1. DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA/MOLDE O USE UN TECLADO.

Nombre del estudiante (apellido, primer nombre, inicial) _____ Número de estudiante de MCPS _____

Escuela de MCPS _____ Grado _____ Último día de asistencia escolar _____

La dirección de la casa del estudiante que figura en los archivos de MCPS es correcta: Sí No (Si la respuesta es no, usted debe actualizar su dirección en la escuela de base del estudiante)

Nombre del padre/madre/guardián (en letra de imprenta) _____

Padre/madre/tutor ____-____-____ Número de teléfono de Casa ____-____-____ Trabajo Ext. ____ Celular ____-____-____

Correo electrónico del padre/madre/tutor _____

Parentesco Madre Padre Tutor Otro (especifique) _____

Nombre del padre/madre/guardián (en letra de imprenta) _____

Padre/madre/tutor ____-____-____ Número de teléfono de Casa ____-____-____ Trabajo Ext. ____ Celular ____-____-____

Correo electrónico del padre/madre/tutor _____

Parentesco Madre Padre Tutor Otro (especifique) _____Por favor verifique las horas en que su hijo está disponible para recibir instrucción: Días de semana Horario vespertino Fines de semana

Yo autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (MCPS) para consultar con el médico o enfermero titulado que trata a mi hijo a fin de confirmar el diagnóstico y/o clarificar las anotaciones médicas. Yo soy consciente de que MCPS tiene el derecho de retirar servicio hasta que se haya confirmado la necesidad de Servicios Instructivos Provisionales.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha ____/____/____

**II. DEBE SER COMPLETADA POR EL CONSEJERO/A ESCOLAR / DIRECTOR/A DE LA ESCUELA / PERSONA DESIGNADA.
POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA/MOLDE O USE UN TECLADO.**Does this student have? Individualized Education Program (IEP) Section 504 Plan (please notify IIS office when IIS IEP is complete).

Date application given to parent/guardian ____/____/____ Date application returned from parent/guardian ____/____/____

Date school submitted application to IIS Office ____/____/____

I understand that after 30 days of beginning IIS, the student's counselor and/or school team will develop a return to school plan as appropriate.

Counselor/Principal/Designee Signature _____ Date ____/____/____

COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE SHOULD SCAN AND E-MAIL THE COMPLETED APPLICATION TO IISOFFICE@MCPSMD.ORG**PADRE/MADRE/TUTOR: POR FAVOR PÍDALE AL PSICÓLOGO O PSIQUIATRA DE SU ESTUDIANTE QUE COMPLETE LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO Y DESPUÉS ENTREGUE TODA LA SOLICITUD A LA ESCUELA.**

Student Name _____

MEDICAL VERIFICATION

For Physical Health Conditions Only

To be completed by the **Physician/Certified Nurse Practitioner**

Dear Physician or Certified Nurse Practitioner (CNP):

Before processing a request for Interim Instructional Services (IIS), a verification made within **30 days** of this application of the student's physical health condition from a physician or CNP is required. Service need must be reviewed every **60 calendar days** after the initial date of verification or sooner at the request of the parent/guardian or MCPS.

Please provide the following information (this information may be attached to this signed document):

1. Specify the physical health condition that prevents the student from attending their school of enrollment. If the request is due to pregnancy, list the expected date of delivery.

2. Reasons the condition prevents the student from attending school.

3. Date of most recent appointment ____/____/____

4. Is this condition contagious? Yes No Describe _____

5. Is the student currently taking any medication? Yes No
Medicine/Dosage _____

6. Describe the specific strategies that you, as the referring professional, will implement to assist the student's return to school (transition plan).

7. Requested duration of services (**no more than 60 days**) _____

8. Recommendations for school attendance:
 Student is unable to attend school
 Student is able to attend regular day program and student's school of enrollment with modifications
 Student is able to attend school part-time AM PM

9. If checked, this student cannot access instruction virtually. Please provide details explaining why.

I certify that:

- I am a licensed physician or certified nurse practitioner and am currently treating this student.
- This student IS NOT able to attend the regular day program at their school of enrollment because of their physical health condition.

Signature of Physician/CNP _____ Date ____/____/____

Printed Physician/CNP Name _____ License Number _____

Address _____ Phone ____ - ____ - ____