

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**Solicitud para la Enseñanza en el Hogar y el Hospital,
SOLO con Condición de Salud Mental Calificada****Enseñanza en el Hogar y el Hospital**

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MONTGOMERY (MCPS)

CESC, Sala 248, Rockville, Maryland

Nota: Este formulario es utilizado por la Oficina de Enseñanza en el Hogar y el Hospital (*Home and Hospital Teaching (HHT) Office*) para obtener la recomendación de un psiquiatra, psicólogo o enfermero facultativo certificado (*certified nurse practitioner, CNP*) de salud mental y la autorización de los padres/tutores para iniciar instrucción para estudiantes con una condición de salud mental.

Entregue la solicitud completa al consejero escolar del estudiante o al director de la escuela/persona designada. Para obtener más información, consulte el Reglamento IOE-RB de MCPS, *Enseñanza en el Hogar y el Hospital*.

Se requiere completar una solicitud nueva, con información actualizada de parte del profesional de atención médica sobre el diagnóstico y tratamiento, para continuar prestando servicios más allá de 60 días calendario.

Para que esta solicitud se considere, TODOS los componentes de esta solicitud deben completarse y entregarse:

- I. Sección para los padres/tutores, incluida la firma
- II. Sección para la escuela
- III. Verificación del profesional de la salud mental que incluye los pasos específicos que la escuela puede tomar para apoyar el regreso a la escuela del estudiante
- IV. Plan para el regreso a la escuela: La conversación sobre el plan para el regreso a la escuela debe suceder con todas las partes interesadas antes de entregar la solicitud. Es preferible que el plan se entregue con la solicitud, pero debe entregarse a más tardar 30 días después de la entrega de la solicitud.

La escuela debe enviar el formulario completo por correo electrónico a HHTOffice@mcpsmd.org.

La prestación de servicios de HHT será virtual. Las excepciones individuales requerirán revisión y aprobación del Supervisor de Enseñanza en el Hogar y el Hospital (HHT).

I. DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES/TUTORES. POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O ESCRIBA A MÁQUINA.

Nombre del estudiante (apellido(s), primer nombre, inicial) _____ N.º de estudiante _____

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

La dirección del hogar del estudiante registrada con MCPS está correcta: Sí No (*Si no, usted debe actualizar su dirección en la escuela local del estudiante*)

¿Está el estudiante en un Centro Residencial de Tratamiento (*Residential Treatment Center, RTC*), un Programa de Hospitalización Parcial (*Partial Hospitalization Program, PHP*) o un Programa Intensivo Ambulatorio (*Intensive Outpatient Program, IOP*)? Sí No

Si sí, nombre del programa _____

Dirección _____

Nombre del contacto en la instalación _____

Correo electrónico del contacto _____ Teléfono del contacto _____ - _____ - _____

Nombre del padre/madre/tutor(a) (en letra de molde) _____

Número de teléfono del padre/madre/tutor(a) Casa _____ - _____ - _____ Trabajo _____ - _____ - _____ ext. _____ Celular _____ - _____ - _____

Correo electrónico del padre/madre/tutor(a) _____

Parentesco Madre Padre Tutor legal Otro (especifique) _____

Nombre del padre/madre/tutor(a) (en letra de molde) _____

Número de teléfono del padre/madre/tutor(a) Casa _____ - _____ - _____ Trabajo _____ - _____ - _____ ext. _____ Celular _____ - _____ - _____

Correo electrónico del padre/madre/tutor(a) _____

Parentesco Madre Padre Tutor legal Otro (especifique) _____

Autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (MCPS) a consultar con el médico/enfermero facultativo certificado que trata a mi hijo para confirmar el diagnóstico o aclarar las anotaciones médicas. Yo soy consciente de que MCPS tiene el derecho de retener servicio hasta que se haya confirmado la necesidad de la Enseñanza en el Hogar y el Hospital.

Firma del padre/madre/tutor(a) _____ Fecha ____/____/____

II. TO BE COMPLETED BY COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE. PLEASE PRINT OR TYPE. (DEBE SER COMPLETADA POR EL CONSEJERO ESCOLAR/DIRECTOR DE LA ESCUELA/PERSONA DESIGNADA. POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O ESCRIBA A MÁQUINA.)

For students with an IEP or 504 Plans

- This student has an Individualized Education Program (IEP). IEP Case Manager: _____
- This student is in a discreet special education program: _____
- This student has a 504 plan.
- Most recent IEP or 504 plan attached to application (required for application approval). _____

School teams must conduct an IEP/504 review meeting within ten (10) days of the approval of the application.

For All Students

Accommodations attempted at the school to support student attendance (Please includes dates and results of any EMT meeting and/or parent conferences related to this application): _____

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

By signing, the principal/principal designee understands that developing and submitting a return to school plan is required for every application. Approval of subsequent applications are partially contingent upon implementation of the aforementioned plan. If this is not the initial application for the student, please attach documentation of the results of the previous return to school plan with this application.

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

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

COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE SHOULD SCAN AND EMAIL THE COMPLETED APPLICATION TO HHTOFFICE@MCPSMD.ORG

III. TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR CERTIFIED NURSE PRACTITIONER ONLY. PLEASE PRINT OR TYPE. (DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO/ENFERMERO FACULTATIVO CERTIFICADO. POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O ESCRIBA A MÁQUINA.).

PSYCHIATRIST/PSYCHOLOGIST/CERTIFIED MENTAL HEALTH NURSE PRACTITIONER VERIFICATION

For Mental Health Conditions Only

To be completed by a

licensed psychiatrist, licensed psychologist, certified mental health nurse practitioner, or certified school psychologist

Dear Mental Health Professional:

Before processing a request for Home and Hospital Teaching (HHT), a verification made within **30 days** of this application of the student's emotional condition from a licensed psychiatrist, psychologist, or certified mental health nurse practitioner is required. Student need for HHT must be reviewed every **60 calendar days** after the initial date of verification by the practitioner, or sooner at the request of the parent/guardian or MCPS.

Please provide the information requested below. You may attach this information to this signed document in lieu of responding on the form itself. Please note that missing information will result in a delay in processing the application.

1. Student Name _____
2. Have you completed an application for this student previously? Yes No
If yes, how many applications have you completed this school year? 2 3 4 5 6
3. Diagnosis of mental health conditions which prevent school attendance (Include DSM-V code):

4. Specify why the mental health condition prevents the student from attending their school of enrollment.

5. Date of most recent appointment (**must be within 30 calendar days of the submission of this form to HHT Office**) ____/____/____
6. How often is the student seen in your office: _____
7. Is the student currently in therapy? Yes No
Therapist's name _____
Therapist's contact _____
Frequency of visits _____
8. Is the student currently taking any medication? Yes No
Medicine/Dosage _____

9. Requested duration of services (**no more than 60 days**) _____
10. 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. Please list necessary modifications below.
 Student is able to attend school part-time Yes No

11. Regimen of Treatment to be Prescribed: (Indicate number of previous visits, general nature and duration of treatment, including referral to other provider of health services. Include a schedule of future visits or treatment since you are deeming it medically necessary for the student to be out of school for an extended period of time. You may attach documentation to this application:

12. Please list actionable steps the school can take, in your estimation, to support the student in returning to school by the end of the requested duration of services:

I certify that:

- I am a licensed psychiatrist, psychologist, or certified mental health nurse practitioner and am currently treating this student; or
- I am a certified school psychologist and am working with the student and the student's family to identify community resources that can assist with the student's treatment.

AND

- This student IS NOT able to attend the regular day program at their school of enrollment because of their mental health condition.
- I understand that I am part of the support team for this student and I will communicate with the school to assist in ensuring the student's return to school as quickly as is reasonably possible.
- I understand that by signing this application, the parent/guardian/caregiver of the named student has given authorization for me to discuss and clarify any of the information I have provided with Montgomery County Public Schools.

Signature of Certifying Professional _____ Date ____/____/____

Printed Psychiatrist, Psychologist/CMHNP Name _____

License Number _____

Address _____ Phone ____ - ____ - ____

Email address _____

IV. PLAN PARA EL REGRESO A LA ESCUELA

El plan para el regreso a la escuela debe crearse a través de una colaboración entre la escuela (miembros del equipo escolar sugeridos incluyen: consejero escolar, psicólogo escolar, trabajador de asuntos estudiantiles (*Pupil Personnel Worker, PPW*), Administrador, Líder del equipo, otro personal que sea apropiado), el estudiante (cuando sea posible), los padres/tutores y el profesional de atención médica, para establecer los pasos que cada uno tomará para facilitar el regreso a la escuela del estudiante antes del fin de la duración de servicios solicitada. La escuela debe documentar el éxito o el desafío de cada uno de los componentes del plan. En caso de que sea necesario continuar con los servicios al fin de la duración de servicios solicitada en esta solicitud, las escuelas deberán presentar evidencia de la implementación del plan de regreso a la escuela, junto con un plan actualizado que tome en cuenta cualquier información nueva.

Por favor, tenga en cuenta que el plan de regreso a la escuela puede ser implementado lo más pronto que sea práctico y no debería retrasarse hasta que haya transcurrido por completo la duración de servicios solicitada.

El plan de regreso a la escuela debe considerar lo siguiente:

1. ¿Qué apoyos implementará la escuela para facilitar la transición del estudiante de regreso al edificio escolar? Algunos puntos para considerar:
 - Identificar al adulto de confianza que se reunirá con el estudiante a su regreso y los pasos que el personal de la escuela tomará durante el primer día/primer semana/primer mes/etc. para apoyar la transición del estudiante de regreso al edificio escolar.
 - Identificar un compañero de almuerzo/que esté en contacto con el estudiante
 - Programar una hora para que el estudiante llegue a la escuela fuera del horario escolar para acostumbrarse al edificio, ver su horario, etc.
 - Programar citas regulares con el consejero escolar o con otro personal de confianza de la escuela.
2. Si un estudiante tiene un plan 504 o un Plan Educativo Individualizado (*Individualized Education Plan, IEP*), ¿cuándo se reunirá el equipo para determinar si se necesitan adaptaciones modificadas o adicionales? (Solicitudes de renovación deben incluir notas de esta reunión.)
3. Si el estudiante actualmente no tiene un plan 504 o un IEP, ¿es necesaria una reunión del Equipo de Coordinación Educativa (*Educational Management Team, EMT*) para determinar si las adaptaciones codificadas son necesarias para este estudiante en su regreso?
4. ¿Qué pasos tomarán los padres/tutores para asegurar que el estudiante esté presente en la escuela para la transición de regreso al edificio?
5. ¿Qué pasos específicos puede tomar el profesional de atención médica para apoyar la asistencia del estudiante a la escuela y cómo y cuándo se comunicará la escuela con el profesional de atención médica para juntar esta información?
6. ¿Cómo proporcionará la escuela andamiaje para el estudiante en su regreso al edificio?

Esta no es una lista exhaustiva, y las escuelas, los estudiantes, los padres/tutores y los profesionales de atención médica deben incluir cualquier cosa que será necesaria para asegurar un entorno acogedor y seguro para los estudiantes regresando a la escuela. A continuación, encontrará ejemplos de planes de regreso a la escuela para ayudarlo a crear un plan exitoso para este estudiante:

[Escuela elemental](#)

[Escuela intermedia](#)

[Escuela secundaria](#)