

## PAUTAS PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS ACUERDO DE LOS PADRES

1. El estudiante **debe completar** la tarea satisfactoriamente para recibir el crédito del curso. A veces, un estudiante se retrasa tanto que es casi imposible ponerse al día; las clases que incluyen componentes de laboratorio rara vez pueden repetirse en un entorno doméstico. En estas circunstancias, la mejor opción del estudiante puede ser retirarse del curso, auditar el curso o tomar una clase por correspondencia.
2. Los estudiantes que se ausenten de la escuela debido a una enfermedad no son elegibles para participar en deportes competitivos, danzas competitivas, grupo de porristas, coro, banda de marcha u otras actividades extracurriculares que caigan en un día en que el estudiante esté ausente.
3. Si hay ausencias esporádicas durante el día, su hijo deberá traer una nota escrita del médico, terapeuta o proveedor de atención médica para justificar esas ausencias.
4. Uno de los padres o el tutor debe llamar a la escuela en cada ausencia y especificar el motivo de la ausencia. Las ausencias deben informarse dentro de las 48 horas del día escolar perdido. Las ausencias que no estén relacionadas con el problema de salud diagnosticado deben informarse como tales y se consideran por separado. La certificación del estado de salud del estudiante no está destinada a utilizarse para justificar ausencias que no estén relacionadas con el problema de salud diagnosticado. **El uso indebido dará lugar a la revocación de la participación del estudiante en el programa.**
5. El enfermero de la escuela puede comunicarse con los proveedores de atención médica para confirmar la información; por lo tanto, se les pide a los padres que autoricen la divulgación de información médica, firmando a continuación, para que el médico y el enfermero de la escuela puedan compartir información sobre el diagnóstico.
6. Las enfermedades crónicas **no eximen** al estudiante de los requisitos de graduación o promoción del distrito/estado.
7. Un estudiante con una enfermedad crónica debe volver a presentar una solicitud y completar el proceso de certificación del programa cada año escolar.
8. El estudiante y uno de los padres deben reunirse con la administración de la escuela antes de recibir la aprobación para este programa.
9. Este formulario deberá completarse cada año escolar.

### **Autorización para divulgar información**

Autorizo la divulgación de información del nombre del médico a continuación para proporcionar información médica verbal/escrita relacionada con la enfermedad crónica del estudiante. Entiendo que el enfermero de la escuela también proporcionará información a este médico.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: [firma electrónica] Fecha: \_\_\_\_\_

**Certificación médica: Problema de salud crónico**

Este formulario debe ser completado por un **profesional de salud** y devuelto al enfermero de la escuela dentro de los 30 días, antes de completar el Acuerdo de enseñanza. Este formulario debe actualizarse cada año escolar.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enfermero escolar: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Definición:** Estatutos Revisados de Arizona (Arizona Revised Statutes, A.R.S.), artículo 15-346, Alumnos con problemas de salud crónicos (Chronic Health Problems, CHP) 1. Alumnos que no están confinados en casa, pero que no pueden asistir a clases regulares durante períodos intermitentes de uno o más días consecutivos debido a una enfermedad, dolencia o accidente, según lo certificado por un profesional de salud con licencia conforme al Título 32, Capítulos 7, 8, 13, 14, 15, 17 o 25. Estos profesionales de salud con licencia incluyen: psiquiatría, psicología, podología, medicina quiropráctica, medicina naturopática, osteopatía, asistentes médicos o enfermeros practicantes matriculados. El estudiante debe ser examinado por un profesional de atención médica con licencia y certificado como estudiante que con frecuencia puede estar ausente de la escuela debido a un problema de salud crónico que requiere una gestión a largo plazo, pero NO se espera que esté ausente los días suficientes para requerir servicios en casa (no puede asistir a clases durante 60 días o tres meses escolares). Si las ausencias equivalen a 3 meses escolares (o sesenta (60) días escolares), se deben considerar los servicios en casa.

1. Diagnóstico: \_\_\_\_\_

2. Pronóstico: \_\_\_\_\_

3. Duración estimada: \_\_\_\_\_

4. Limitaciones que afectan las actividades educativas y la asistencia: \_\_\_\_\_

5. Adaptaciones de educación física: \_\_\_\_\_

6. Cirugías, tratamientos u hospitalizaciones anticipadas que puedan interferir con la asistencia regular a la escuela. \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que el estudiante arriba mencionado ☐ debe/☐ no debe registrarse como que tiene una enfermedad crónica durante el año escolar \_\_\_\_\_ por el tiempo indicado a continuación.

**Plazo:** ☐ **menos de 90 días** ☐ **más de 90 días**

Nombre del profesional de salud (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

☐ MD ☐ ND ☐ DC ☐ NP ☐ PA ☐ DO ☐ DPM Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: [firma electrónica] Fecha: \_\_\_\_\_

## **Acuerdo de enseñanza entre la escuela y los padres para estudiantes con enfermedades crónicas durante el año escolar \_\_\_\_\_** (consulte el plazo a continuación)

**Este formulario debe completarse después de que el profesional de salud haya completado el formulario de  
certificación médica. Este formulario debe actualizarse cada año escolar.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (Recibido en la escuela)

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (Certificación médica)

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Plazo:** ☐ **menos de 90 días** ☐ **más de 90 días** **Complete la siguiente lista de verificación:**

- ☐ 1. Certificación médica de enfermedad crónica (diagnóstico, pronóstico e incapacidad para asistir a la escuela regularmente) completada en su totalidad, incluidas limitaciones físicas para educación física.
- ☐ 2. La escuela ha anotado la enfermedad crónica en el registro de asistencia/base de datos de estudiantes como enfermedad crónica.
- ☐ 3. Se informó al enfermero escolar de la enfermedad crónica del estudiante y se anotó en el Sistema de Información Estudiantil (Student Information System, SIS) y en la base de datos del enfermero.
- ☐ 4. El maestro o maestros del estudiante están informados de la enfermedad crónica del estudiante.
- ☐ 5. Si corresponde, se informó al consejero escolar de la enfermedad crónica del estudiante.

**Acuerdo de enseñanza: el maestro, uno de los padres y el enfermero o consejero, si corresponde, se reunirán dentro de los  
15 días del recibo de la certificación médica por parte de la escuela.**

- ☐ Los maestros están de acuerdo en proporcionar la tarea y ponerse en contacto durante las ausencias por el plazo designado.  
Describe.

---

---

---

- ☐ El padre/madre/tutor acepta devolver la tarea completada a la escuela por las ausencias durante el plazo designado de la  
siguiente manera (como mínimo, semanalmente):

---

---

---

---

- ☐ Información pertinente:

---

---

**Firmas: este acuerdo se enviará a la administración de la escuela para su revisión ANTES de que uno de los padres y el maestro  
lo firmen.**

Firma del director: \_\_\_\_\_ [firma electrónica]

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del maestro: \_\_\_\_\_ [firma electrónica]

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ [firma electrónica]

Fecha: \_\_\_\_\_