

Student Name:

PHYSICIAN’S VERIFICATION: Physical Conditions
VERIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO: condiciones físicas

This form is used to obtain the **recommendation** of a licensed physician in order to initiate Home and Hospital Teaching (HHT) services for students who have a physical condition that renders them **unable** to attend school. Written verification of the condition by a licensed physician/nurse practitioner, and confirmation that the identified student is under the care of the verifying physician, is required in order to process a request for HHT. School personnel may need to contact the referring physician for additional information necessary to make a determination of eligibility. Services may be denied if the medical person cannot be reached within five days of the initial attempt to make contact. Your signature below provides authorization for the physician to **release information** to PGCPS staff.

Este formulario se utiliza para obtener la **recomendación** de un médico autorizado para iniciar los servicios de Enseñanza en el Hogar y el Hospital (HHT, por su sigla en inglés) para los estudiantes que tienen una condición física que les **impide** asistir a la escuela. Para tramitar una solicitud de HHT, se requiere la verificación por escrito de la condición del estudiante por parte de un médico/personal de enfermería especializado autorizado, así como la confirmación de que el estudiante señalado está bajo el cuidado del médico verificador. Es posible que el personal escolar deba comunicarse con el médico remitente para obtener información adicional necesaria para tomar una determinación sobre el cumplimiento de requisitos. Los servicios se pueden negar si no se puede contactar al profesional de la salud dentro de los cinco días siguientes al primer intento de contactarlo. Su firma a continuación autoriza al médico a divulgar información al personal de PGCPS.

 Parent Signature // Firma del padre de familia

 Date // Fecha

Information for Health Care Provider Consideration:

- In many cases, the school team may be able to work with the family of a student experiencing health challenges to accommodate the student in school.
- Accommodations that may be available in some cases should be discussed by the parent/guardian and the school team.
- This form must be completed by the Health Care Provider treating the student every 60 calendar days.
- Home and Hospital Teaching is not intended to replace school attendance (35 hours of instruction per week).
- Approved students receiving Home and Hospital Teaching receive approximately 6 hours of instruction per week.
- Additional pertinent medical information regarding the students case may be attached for review.
- Prince George’s County Public Schools does not offer online or virtual school in lieu of regular school attendance.

Información para la consideración del proveedor de atención médica:

- En muchos casos, el equipo escolar puede trabajar con la familia de un estudiante que experimenta problemas de salud para hacer adaptaciones para el estudiante en la escuela.
- Las adaptaciones que pueden estar disponibles en algunos casos deben ser discutidas por el padre/tutor y el equipo escolar.
- Este formulario debe ser completado por el proveedor de atención médica que trata al estudiante cada 60 días calendario.
- La Enseñanza en el Hogar y el Hospital no pretende reemplazar la asistencia a la escuela (35 horas de instrucción por semana).
- Los estudiantes aprobados que reciben los servicios de Enseñanza en el Hogar y el Hospital reciben aproximadamente 6 horas de instrucción a la semana.
- Se puede adjuntar información médica pertinente adicional sobre el caso del estudiante para su revisión.
- 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:

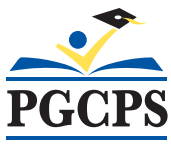
 Student Name
 Nombre del estudiante

 Date of Birth
 Fecha de nacimiento

 School Name
 Nombre de la escuela

 Student Grade
 Grado del estudiante

 Student PGCPS Identification Number
 Núm. de identificación de PGCPS del estudiante



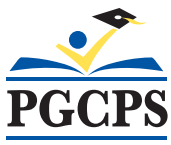
Student Name:

PHYSICIAN’S VERIFICATION: Physical Conditions
VERIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO: condiciones físicas

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

Student PGCPS Identification Number: // Núm. de identificación de PGCPS del estudiante:

<p>1. Indicate the diagnosis that will prevent the student from attending school for 20 or more days. Indique el diagnóstico que impedirá que el estudiante asista a la escuela por 20 o más días.</p>	
<p>2. I am the healthcare provider that will be treating and continuing the treatment or supervision of this student. Soy el proveedor de atención médica que tratará y continuará el tratamiento o la supervisión de este estudiante.</p>	<p><input type="checkbox"/> NO//NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES//SÍ</p>
<p>3. Date I last examined the above named student. Fecha en la que examiné el estudiante mencionado anteriormente.</p>	
<p>4. Is the student currently taking medication? ¿Está el estudiante tomando medicamento actualmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO//NO <input type="checkbox"/> YES//SÍ</p>
<p>5. Provide the names of the medication and dosage. Proporcione los nombres del medicamento y la dosis.</p>	
<p>6. Which statement best describes how the student’s medical condition impacts the student’s participation in school. Que enunciado describe mejor cómo la condición médica del estudiante afecta su participación en la escuela.</p>	<p><input type="checkbox"/> Unable to attend school. No puede asistir a la escuela.</p> <p><input type="checkbox"/> 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. Describe how the student’s medical condition renders the student unable to attend school based on the diagnosis in question #1 (additional information may be attached). Si el estudiante NO PUEDE ASISTIR A LA ESCUELA. Describa cómo la condición médica del estudiante hace que el estudiante no pueda asistir a la escuela según el diagnóstico en la pregunta #1 (se puede adjuntar información adicional).</p>	



Student Name:

PHYSICIAN’S VERIFICATION: Physical Conditions //
VERIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO: condiciones físicas

8. If the student is ABLE TO ATTEND INTERMITTENTLY AS HEALTH PERMITS . Describe how the student’s medical condition renders the student able to attend school intermittently as health permits based on the diagnosis in question #1 (additional information may be attached). Si el estudiante PUEDE ASISTIR A LA ESCUELA DE MANERA INTERMITENTE SEGÚN LO PERMITA SU SALUD . Describa cómo la condición médica del estudiante hace que el estudiante pueda asistir a la escuela de manera intermitente según el diagnóstico en la pregunta #1 (se puede adjuntar información adicional).	
9. Describe the treatment plan for this student // Describe el plan de tratamiento para este estudiante	
10. Recommendations regarding school participation // Recomendaciones relacionadas con la participación en la escuela	
11. Date HHT services should begin. Fecha en que los servicios de HHT deben comenzar	12. Anticipated duration of service (WEEKS ONLY). Duración anticipada del servicio (SOLAMENTE SEMANAS) NOTE: If approved, a new form must be submitted every 60 days. NOTA: si se aprueba, se debe enviar un nuevo formulario cada 60 días.
For Pregnant Students // Para estudiantes embarazadas: 13. Indicate estimated delivery date // Indique la fecha estimada de parto	

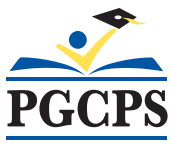
Health Care Provider Verification // Verificación del proveedor de atención médica

Health Care Provider’s Name and Title (Print) Nombre y cargo del proveedor de salud (letra de molde)	
Health Care Provider // Proveedor de atención médica:	<input type="checkbox"/> Licensed Physician // Médico autorizado <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner // Personal de enfermería especializado
License Number Número de licencia	Contact Phone Number Número de teléfono

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**



Student Name:

PHYSICIAN'S VERIFICATION: Physical Conditions
VERIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO: condiciones físicas

PGCPS Office of School Health Recommendation ONLY
Oficina de Salud Escolar de PGCPS SOLAMENTE

<input type="checkbox"/> Medical documentation SUPPORTS recommendation for HHT services. La documentación médica RESPALDA la recomendación de los servicios de HHT.
<input type="checkbox"/> Medical documentation DOES NOT support recommendation for HHT services. La documentación médica no respalda la recomendación de servicios de HHT.

 Signature PGCPS School Health Representative
 Firma del representante de salud escolar de PGCPS

 Date // Fecha