

PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions **VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales**

This form is used to obtain the recommendation of a **licensed psychiatrist, licensed psychologist, or licensed psychiatric mental health nurse practitioner** in order to initiate Home and Hospital Teaching (HHT) services for students who have an emotional condition that renders them unable to attend school. 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 referring psychiatrist, licensed psychologist, or licensed psychiatric mental health nurse practitioner cannot be reached within five days of the initial attempt to make contact. Your signature below provides authorization for the physician **release information** to PGCPS staff.

Este formulario se utiliza para obtener la recomendación de un **psiquiatra autorizado, psicólogo autorizado o personal de enfermería de salud mental psiquiátrica** para iniciar los servicios de Enseñanza en el Hogar y el Hospital (HHT) para los estudiantes que tienen una condición emocional que les impide asistir a la escuela. 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. Se pueden negar los servicios si no se puede contactar al psiquiatra autorizado, psicólogo autorizado o personal de enfermería de salud mental psiquiátrica 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

Date // Fecha

Information for Mental Health Provider Consideration:

- In many cases, the school team may be able to work with the family of a student experiencing an emotional condition 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.
- 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.
- A new verification form is required for continuation of service beyond 60 calendar days.
- 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 salud mental:

- En muchos casos, el equipo escolar puede trabajar con la familia de un estudiante que experimenta una condición emocional con el fin de servir al estudiante en la escuela.
- Las adaptaciones que pueden estar disponibles en algunos casos deben ser discutidas por el padre/tutor y el equipo escolar.
- 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 debe enviar una nueva solicitud de continuación de servicios cada 60 días calendario.
- 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

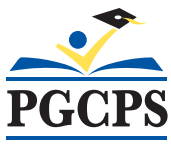
Nombre de la escuela

Student Grade

Grado del estudiante

Student PGCPS Identification Number

Núm. de identificación de PGCPS del estudiante

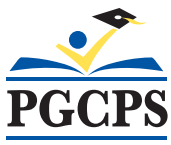


| |
|---------------------------------------|
| Student Name / Nombre del estudiante: |
|---------------------------------------|

PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions
VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales

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

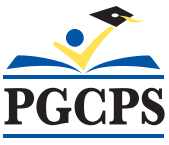
| | |
|---|---|
| <p>1. Indicate the diagnosis that will prevent the student from attending school for 20 or more days. Indique el diagnóstico que impedirá que el estudiante asista a la escuela por 20 o más días.</p> | |
| <p>2. I am the healthcare provider that will be treating and continuing the treatment 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 of most recent appointment with the above named student. Fecha de la cita más reciente con 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</p> <p><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. This incidence of emotional distress so acute as to be critical to the above named students emotional or physical well-being and renders them. Esta incidencia de angustia emocional es tan aguda como para considerarse crítica para el bienestar emocional o físico del niño y ...</p> | <p><input type="checkbox"/> Unable to attend school. le impide 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 emotional 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 emocional 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 / Nombre del estudiante:

PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions
VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales

| | |
|--|---|
| <p>8. If the student is ABLE TO ATTEND INTERMITTENTLY AS HEALTH PERMITS. Describe how the student’s emotional 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 emocional 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).</p> | |
| <p>9. Recommendations regarding school participation: Recomendaciones relacionadas con la participación en la escuela:</p> | |
| <p>10. I have provided a copy of the treatment plan for this student to be submitted with this form. He adjuntando y presentado con este formulario una copia del plan de tratamiento.</p> <p>NOTE: A treatment plan must be submitted with this form. NOTA: se debe enviar un plan de tratamiento con este formulario.</p> | <p><input type="checkbox"/> NO//NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES//SÍ</p> |
| <p>11. I have provided a copy of the goals for therapy for this student to be submitted with this form. He proporcionado una copia de las metas de la terapia para este estudiante para que se envíe con este formulario.</p> <p>NOTE: Goals for therapy must be submitted with this form. NOTA: las metas de la terapia deben enviarse con este formulario.</p> | <p><input type="checkbox"/> NO//NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES//SÍ</p> |
| <p>12. Has treatment of this emotional condition required hospitalization or time in a residential facility? ¿Ha requerido el tratamiento de esta condición emocional hospitalización o ingreso en un centro residencial?</p> | <p><input type="checkbox"/> NO//NO <input type="checkbox"/> YES//SÍ</p> <p>If yes, provide name of facility and date of stay. En caso afirmativo, proporcione el nombre del centro y la fecha de la estadía:</p> |
| <p>13. Date HHT services should begin. Fecha en que los servicios de HHT deben comenzar.</p> | <p>14. Anticipated duration of service (WEEKS ONLY) Duración anticipada del servicio (SOLAMENTE SEMANAS):</p> <p>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.</p> |



| |
|---------------------------------------|
| Student Name / Nombre del estudiante: |
|---------------------------------------|

PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions
VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales

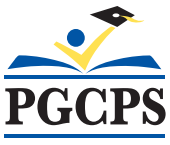
Health Care Provider Verification
Verificación del proveedor de atención médica

| | |
|---|---|
| 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 Psychiatrist Psiquiatra autorizado <input type="checkbox"/> Licensed Psychologist Psicólogo autorizado <input type="checkbox"/> Licensed Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Profesional de salud mental autorizado |
| 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 / Nombre del estudiante: |
|---------------------------------------|

PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION: Emotional Conditions
VERIFICACIÓN DEL PSIQUIATRA/PSICÓLOGO: trastornos emocionales

Review by PGCPS Office of Psychological Services ONLY
Revisión por parte de la Oficina de Servicios Psicológicos de PGCPS SOLAMENTE

If the School Psychologist agrees with the recommendation, a draft Transition Plan must be developed and attached // Si el psicólogo escolar está de acuerdo con la recomendación, se debe preparar y adjuntar un plan de transición preliminar.

Medical documentation **supports** recommendation for HHT services.
 La documentación médica **respalda** la recomendación de los servicios de HHT.

Medical documentation **DOES NOT** support recommendation for HHT services.
 La documentación médica **NO** respalda la recomendación de servicios de HHT.

School Psychologist SUPPORTS recommendation of HHT services, draft Transition Plan has been developed and is attached.
El psicólogo escolar APOYA la recomendación de los servicios de HHT, se ha desarrollado un borrador del Plan de Transición y se adjunta

School Psychologist DOES NOT support recommendation of HHT services.
El psicólogo escolar NO APOYA la recomendación de los servicios de HHT.

Signature PGCPS Supervising School Psychologist/Designee
 Firma del representante de Servicios Psicológicos de PGCPS

Date // Fecha