



REPORTE INFORMATIVO DEL MÉDICO

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____

Padre de familia o tutor legal _____

N.º de teléfono de la casa _____ N.º de teléfono del celular _____

Domicilio _____

****LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN A DOMICILIO SON POR RAZONES MÉDICAS SOLAMENTE****

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico: _____ **¿Transmisible?** **Sí** **No**

Si se le provee en el entorno escolar cualquiera de las adaptaciones a continuación, ¿podría el estudiante permanecer en el entorno escolar regular?

Períodos de descanso Día más corto Uso de una silla de ruedas Actividad física limitada

Uso de un ascensor Descansos cuando sea necesario Permiso para el baño Movimiento en un pasillo poco concurrido

Permiso para una persona de apoyo Descansos nutricionales Botella de agua

¿Está el estudiante confinado a la casa o la cabecera en el hospital por un mínimo de cuatro semanas consecutivas?

Sí No

Distrito Escolar Independiente de Austin

Departamento de Educación Escolar, Familiar y Comunitaria



¿Puede el estudiante físicamente realizar el trabajo escolar con un maestro de Educación a Domicilio? Sí No

Si es así, proporcione el período previsto de _____ semanas _____ meses
confinamiento: _____ o _____

(Por favor sea específico, “desconocido o indefinido” no es suficiente.)

Firma del médico certificado: _____

Nombre del médico en _____ Fecha: _____
letra de imprenta: _____

Número de _____ Fax: _____
teléfono: _____

***La declaración del médico no es el único factor determinante en el proceso de toma de decisiones del comité. SEP 2013**