



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**