Clarksville-Montgomery County Schools
Student Services
430 Greenwood Ave.
Clarksville, TN 37040
FAX 931-553-2057 Phone 931-542-5065

Servicios a domicilio

para el embarazo estudiantil

NOTA: Este formulario debe ser completado por el padre/tutor legal y devuelto a Servicios Estudiantiles en 430 Greenwood Avenue o enviado por fax al (931) 553-2057.

***Los servicios de confinamiento en casa no se brindarán hasta que tanto la solicitud de los padres como la recomendación del médico se reciban en Servicios Estudiantiles.**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado _____ Escuela _____ Marque uno: Ed. regular Ed. especial 504

Fecha prevista de nacimiento _____ Nombre del médico obstetra/ginecólogo (no enfermero practicante o asistente medico) _____

Fax _____ Teléfono _____ Dirección_____

Padre/adulto presente durante el confinamiento en casa: _____Relación al estudiante: _____
Dirección de domicilio: _____
Números de teléfono: _____ Correo electrónico de los padres: _____

***Confinamiento en casa es un entorno TEMPORAL con servicios de 3 horas por semana (2 sesiones de 1,5 horas cada uno).**
***Las pautas estatales brindan instrucción en el hogar durante 6 semanas después del parto.**
*** Los síntomas comunes del embarazo incluyen dolor de espalda, fatiga, náuseas y vómitos. Estas no se consideran complicaciones a menos que se prescriba hospitalización o reposo total en cama. Para el propósito del embarazo relacionado con el confinamiento en el hogar, las complicaciones deben documentarse con un código de diagnóstico. Ejemplos de embarazo complicado incluyen, entre otros, diabetes gestacional, eclampsia, desgarro de placenta, cualquier complicación que requiera hospitalización, etc.**

Padre o tutor REQUIERE AUTORIZACIÓN MÉDICA
Autorizo al médico/psiquiatra tratante con licencia nombrado (con su personal) y el sistema escolar del condado de Clarksville-Montgomery compartir y brindar mutuamente información sobre el estudiante mencionado anteriormente. Toda la información es confidencial y será sólo para uso profesional. Esta autorización es válida por un año.

Firma de padre: _____Fecha: _____

For Student Services Use Only

Date assigned to Homebound: _____ Date Homebound Ends: _____ Date Return to School: _____

Homebound Teacher: _____

LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS RESULTARÁN EN LA DENEGACIÓN DE SERVICIOS