



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

This form is used to obtain the **recommendation** of a licensed physician 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 to process a request for HHT. School personnel may need to contact the referring physician for additional information necessary to determine 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 afección 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 determinar 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: \_\_\_\_\_

### 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 ID# // Núm. de identificación de PGCPS del estudiante: \_\_\_\_\_

### Information for Health Care Provider Consideration // Información para la consideración del proveedor de atención médica:

- In many cases, the school team can work with the family of a student experiencing health challenges to accommodate the student in school. // En muchos casos, el equipo escolar puede trabajar con la familia de un estudiante que experimenta problemas de salud para servir al estudiante en la escuela.
- The parent/guardian and the school team should discuss accommodations that may be available in some cases. // Las adaptaciones que pueden estar disponibles en algunos casos deben ser discutidas por el padre/tutor y el equipo escolar
- This form must be completed by the Health Care Provider treating the student every 60 calendar days. // Este formulario debe ser completado por el proveedor de atención médica que trata al estudiante cada 60 días calendario.
- Home and Hospital Teaching is not intended to replace school attendance (35 hours of instruction per week). // La Enseñanza en el Hogar y el Hospital no pretende reemplazar la asistencia a la escuela (35 horas de instrucción por semana).
- Approved students receiving Home and Hospital Teaching receive approximately 6 hours of instruction per week.// Los estudiantes aprobados que reciben los servicios de Enseñanza en el Hogar y el Hospital reciben aproximadamente 6 horas de instrucción a la semana.
- Additional pertinent medical information regarding the student's case may be attached for review. // Se puede adjuntar información médica adicional pertinente sobre el caso del estudiante para su revisión.
- Prince George’s County Public Schools **does not offer online or virtual school** in lieu of regular school attendance.// Las Escuelas Públicas del Condado de Prince George **no ofrecen clases en línea o virtuales** en lugar de la asistencia escolar regular.

**PHYSICIAN'S VERIFICATION: Physical Conditions (CONTINUED) //  
VERIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO: condiciones físicas (CONTINUACIÓN)**

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

**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.**

**2. Date HHT services should begin // Fecha en que los servicios de HHT deben comenzar:**

Anticipated **duration** of service (**WEEKS ONLY**) // **Duración** anticipada del servicio (**SOLAMENTE SEMANAS**):

3. Which statement best describes how the student's medical condition impacts the student's participation in school

Que enunciado describe mejor cómo la afección médica del estudiante afecta su participación en la escuela:

Unable to attend school // Le impide asistir a la escuela.  
Able to attend school intermittently as health permits // Puede asistir a la escuela de manera intermitente según lo permita su salud.

4. 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).

**FOR PGCPS Office of School Health Recommendation ONLY // SÓLO PARA la recomendación de la Oficina de Salud Escolar de PGCPS:**

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.

Signature of PGCPS School Health Representative // Firma del representante de salud escolar de PGCPS:

Date // Fecha:

**PHYSICIAN’S VERIFICATION: Physical Conditions (CONTINUED) //  
VERIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO: condiciones físicas (CONTINUACIÓN)**

5. If the student can **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 **PUEDA 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).

6. I am the healthcare provider who will be treating and continuing the treatment or supervision of this student.

**NO//NO YES//SÍ**

Soy el proveedor de atención médica que tratará y continuará el tratamiento o la supervisión de este estudiante.

7. Date of last examination of the above-named student.

Fecha del último examen del estudiante antes mencionado.

8. Is the student currently taking medication?

**NO//NO YES//SÍ**

¿Está el estudiante tomando medicamento actualmente?

9. Provide the names of the medication and dosage.

Proporcione los nombres de los medicamentos y la dosis.

10. Describe the treatment plan for this student

**FOR PGCPS Office of School Health Recommendation ONLY // SÓLO PARA la recomendación de la Oficina de Salud Escolar de PGCPS:**

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.

Signature of **PGCPS** School Health Representative // Firma del representante de salud escolar de **PGCPS**:

Date // Fecha:

Student Name//Nombre del estudiante:

Date of Birth//Fecha de nacimiento:

**PHYSICIAN’S VERIFICATION: Physical Conditions (CONTINUED) // VERIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO: condiciones físicas (CONTINUACIÓN)**

Describe el plan de tratamiento para este estudiante:

11. PGCPS does not offer a full-time online instructional program, what accommodations would permit the student to attend school?

PGCPS no ofrece un programa de instrucción en línea de tiempo completo, ¿qué adaptaciones permitirían al estudiante asistir a la escuela?

**For Pregnant Students // Para estudiantes embarazadas:**

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: Licensed Physician // Médico autorizado 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 the physician’s signature.**

**Este formulario es válido por 60 días a partir de la fecha en que el médico firmó el formulario.**

Signature of Health Care Provider // Firma del proveedor de atención médica:

Date // Fecha:

**FOR PGCPS Office of School Health Recommendation ONLY // SÓLO PARA la recomendación de la Oficina de Salud Escolar de PGCPS:**

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.

Signature of PGCPS School Health Representative // Firma del representante de salud escolar de PGCPS:

Date // Fecha: