

## **Enseñanza por razones médicas: Solicitud del estudiante**

A fin de solicitar los servicios de enseñanza por razones médicas, el padre o tutor debe notificar al consejero escolar y colaborar con la escuela a la que está afiliado (“escuela de procedencia”), para presentar los documentos que se indican más abajo. (Los estudiantes de escuela secundaria también deben presentar su expediente permanente, programa y certificado de estudios).

Una solicitud completa para recibir los servicios de enseñanza por razones médicas debe incluir los siguientes formularios:

1. Formulario de remisión para enseñanza por razones médicas (*Medically Necessary Instruction Referral Form*) (que debe completar la escuela de procedencia).
2. Formulario de referido médico para enseñanza por razones médicas (*Medically Necessary Instruction Medical Referral Form*) (que debe completar un médico).
3. Autorización para la divulgación de expedientes médicos (*Authorization for release of medical records*) (Formulario HIPAA) (que debe completar el padre/estudiante).
  - a. Complete la parte superior del formulario con el nombre, dirección y fecha de nacimiento del paciente (estudiante).
  - b. Deje en blanco las casillas 7 y 8, a menos que desee limitar la información médica que se le proporcione al Departamento de Educación (DOE). Tenga en cuenta que limitar la información en la autorización puede retrasar el proceso de revisión o aprobación de la solicitud.
  - c. Complete las casillas 10 y 11, si corresponde.
  - d. Firme y feche el formulario. Si el estudiante tiene 18 años o más y está en condiciones de hacerlo, **SE REQUIERE** que sea el alumno mismo quien firme el formulario.

Presentar la documentación de la solicitud no garantiza la aprobación de los servicios.

- Para obtener más información sobre el proceso de solicitud y los requisitos, visite [schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction](https://schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction).
- Para evitar retrasos en el proceso de solicitud, compruebe que toda la información que corresponda esté completa.
- Asegúrese de completar TODAS las páginas de la solicitud.
- Todos los referidos por razones psiquiátricas deben ser realizados por un PSIQUIATRA.
- Envíe esta información completa por correo electrónico, a [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov), o por fax, al (718) 472-6113.

**PARA TENER EN CUENTA:** La enseñanza por razones médicas no está disponible para estudiantes que no pueden asistir a la escuela debido a que no cumplen con los requisitos de vacunación. Para obtener más información, las familias deben comunicarse con la Oficina de Educación en el Hogar llamando al (917) 339-1793 o escribiendo a [homeschool@schools.nyc.gov](mailto:homeschool@schools.nyc.gov).

La enseñanza por razones médicas se lleva a cabo generalmente de manera presencial en el hogar del estudiante con un familiar adulto presente. La enseñanza a distancia puede proveerse a discreción del director de las escuelas de enseñanza en el hogar, dependiendo de las necesidades del alumno y los cupos del programa.

**Medically Necessary Instruction Referral Form**

Medically Necessary Instruction applications **MUST** also include:

1. A Medically Necessary Instruction *Medical Referral Form* completed by treating physician or psychiatrist.
2. A completed and signed *HIPPA* form (NYC Dept of Health and Mental Hygeine.)
3. A *Family Request Form for In-Person Services in Medically Necessary Instruction* completed by a parent.

Send all COMPLETE forms for the application to [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) or faxed to (718) 472-6113.

**Student Information**

Student Name: \_\_\_\_\_ OSIS#: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Home Distrcit: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ IEP: \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
 Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Borough: \_\_\_\_\_  
 Parent / Guardian: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
 Special Alerts or additional information: \_\_\_\_\_  
 ATS Immunization Code: \_\_\_\_\_

**Student's School:** \_\_\_\_\_ **Principal:** \_\_\_\_\_  
 School Contact: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Room: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Guidance Counselor: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Room: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**HS Students Only** (HS Students receiving one-to-one instruction are eligible to receive up to 4 credits)

Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_  
 Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_  
 Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_  
 Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_  
 Course Title: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Regent: \_\_\_ Yes \_\_\_ NO Month: \_\_\_\_\_

**Special Circumstances** (i.g. ACS, legal, advocate)

Agency \_\_\_\_\_ Contact: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Agency \_\_\_\_\_ Contact: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**MEDICAL REFERRAL FOR MEDICALLY NECESSARY INSTRUCTION**  
 (To be completed by the Student's Treating Physician and/or Psychiatrist)

Student's name (Last, First)	DOB
------------------------------	-----

**Is under my care for the following (Diagnosis):**

Please provide detailed and specific information defining the limitations that the student has in order to inform the Department of Education about the necessity of Medically Necessary Instruction services. Attach additional documentation as needed.

I hereby request that this child receive Medically Necessary Instruction because of the above limitations due to this/these diagnosis/es which preclude this child's attending school.

This request is based on:  parental request  my professional opinion  
 other \_\_\_\_\_

I request that Medically Necessary Instruction be provided for \_\_\_\_\_ weeks (no less than 4 weeks)

Practitioner's Name (print)	Degree
Practitioner's Original Signature	Date of Signature
	License

**CONTACT INFORMATION**

Telephone#	Extension	Email
Cell phone#	Pager#	

Times/hours I can be reached: Mon \_\_\_\_\_ Tues \_\_\_\_\_ Wed \_\_\_\_\_ Thurs \_\_\_\_\_ Friday \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Attending Physician or fellow <input type="checkbox"/> Psychiatrist <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <input type="checkbox"/> Oral Surgeon <input type="checkbox"/> Podiatrist	other _____	PRACTITIONER'S STAMP
--	-------------	----------------------

**NOTE: Residents are not allowed to complete this form.**

All referrals should be sent to [hiapply@schools.nyc.gov](mailto:hiapply@schools.nyc.gov) or faxed to (718) 472-6113



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito, o mi representante solicita, que se divulgue la información de salud sobre mi atención y tratamiento tal como se establece en este formulario: De conformidad con las leyes del Estado de Nueva York y la norma de confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) de 1996, entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS**, el **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL** (excepto notas de psicoterapia) e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/sida\***, solo si escribo mis iniciales en el renglón correspondiente en el punto 7. En el caso de que la información sobre salud descrita más abajo incluya este tipo de datos y yo escriba mis iniciales en el renglón de la casilla del punto 7, solo autorizo su divulgación al Departamento de Salud y Salud Mental (*Department of Health and Mental Hygiene*, DOHMH) de la Ciudad de Nueva York y al Departamento de Educación (DOE) de la Ciudad de Nueva York, los cuales dirigen conjuntamente la Oficina de Salud Escolar.
- Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/sida, tratamiento de alcohol o drogas o tratamiento de salud mental, el DOHMH tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización, a menos que así lo permitan las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH/sida sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o difusión de información relacionada con el VIH/sida, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, llamando al (212) 480-2493, o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a los proveedores de salud que autorice a divulgar mi información. Entiendo que puedo revocar la presente autorización, excepto cuando ya se haya tomado alguna medida basada en ella.
- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un seguro médico o capacidad de recibir beneficios no dependerán de mi autorización de esta divulgación.
- El DOHMH o el DOE podría volver a divulgar la información (a excepción de lo indicado anteriormente en el punto 2) y esta nueva divulgación puede que ya no se encuentre protegida por las leyes federales o estatales.
- POR LA PRESENTE AUTORIZO A TODOS MIS PROVEEDORES DE SALUD A DIVULGAR Y TRATAR ESTA INFORMACIÓN CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK Y EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK.**

<p>7. Información específica que se puede divulgar y tratar:          Toda la información sobre salud (escrita y oral), incluyendo el historial del paciente, notas del consultorio médico (excepto las notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, radiografías, remisiones, consultas, registros de facturación y de seguro, y registros enviados a mis proveedores de salud por otros proveedores de salud.</p> <p>Si se marca esta casilla, divulgue y trate solo la información de salud que se especifica aquí: _____  <b>(Utilice esta casilla si no quiere que se difunda o divulgue su historial completo. Utilice el punto 9 más abajo para establecer la fecha de vencimiento de este formulario).</b></p> <p><b>Incluir: (Marque con sus iniciales)</b></p> <p>_____ Información sobre el tratamiento de alcohol o drogas. <i>Especifique qué información se divulgará y a qué organización:</i> _____</p> <p>_____ Información sobre salud mental</p> <p>_____ Información relacionada con el VIH/sida</p>	
<p>8. MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGA A PETICIÓN DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE AQUÍ SE INDIQUE LO CONTRARIO:</p>	<p>9. ESTA AUTORIZACIÓN CADUCARÁ EN LA FECHA EN QUE EL PACIENTE YA NO ESTÉ INSCRITO EN UNA ESCUELA O UN PROGRAMA DIRIGIDO POR EL DOE O NO LE BRINDEN SERVICIOS EN LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, A MENOS QUE AQUÍ SE INDIQUE LO CONTRARIO**:</p>
<p>10. EN CASO DE NO TRATARSE DEL PACIENTE, INDIQUE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO: <u>(A COMPLETAR POR EL PADRE O TUTOR)</u>:</p>	<p>11. COMO PADRE O TUTOR DEL PACIENTE, LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO ESTÁ LEGALMENTE AUTORIZADA PARA FIRMAR EN NOMBRE DEL PACIENTE, O SEGÚN SE ESPECIFICA A CONTINUACIÓN:</p>

Se completaron todos los puntos de este formulario, mis preguntas sobre este formulario fueron contestadas y recibí una copia de dicho formulario.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\* Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causante del sida. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que pudiera identificar a una persona con síntomas o infección de VIH y la información sobre los contactos de una persona.

\*\* Si se establece una fecha de vencimiento en el punto 9 de más arriba, el formulario caducará en esa fecha y el padre o tutor legal del paciente u otra persona legalmente autorizada deberá presentar un formulario nuevo.