

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****Solicitud para Servicios Instructivos Provisionales,  
SOLO con Condición de Salud Física Calificada****Servicios Instructivos Provisionales**

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MONTGOMERY (MCPS, por sus siglas en inglés)  
CESC, Room 248, Rockville, Maryland

**Nota:** Este formulario es utilizado por la oficina de Servicios Instructivos Provisionales (Interim Instructional Services-IIS) para obtener la recomendación de un médico o enfermero/a facultativo/a y la autorización del padre/guardián para iniciar servicios de instrucción para estudiantes con una condición de salud física. **Entregue la solicitud completada al/a la consejero/a escolar del/de la estudiante o al/a la director(a) de la escuela/la persona designada.** Para más información, vea el Reglamento IOE-RB de MCPS, *Servicios Instructivos Provisionales*.

**Se requiere una solicitud nueva, con información actualizada de parte del profesional de la salud con respecto al diagnóstico y tratamiento requerido, para continuar con los servicios más allá de 60 días de calendario.**

Para que esta solicitud se considere, TODOS los componentes de esta solicitud deben completarse y entregarse:

- I. Sección para los padres/guardianes, incluida la firma
- II. Sección para la escuela
- III. Verificación del profesional de la salud que incluye los pasos específicos que la escuela puede tomar para apoyar el regreso a la escuela del/de la estudiante
- IV. Plan para el regreso a la escuela: La conversación sobre el plan para el regreso a la escuela debe suceder con todas las partes interesadas antes de entregar la solicitud. Es preferible que el plan se entregue con la solicitud, pero debe entregarse a más tardar 30 días después de la entrega de la solicitud.

La escuela debe mandar el formulario por correo electrónico al completarla, a [IISOffice@mcpsmd.org](mailto:IISOffice@mcpsmd.org).

La entrega a IIS será virtual. Las excepciones individuales requerirán revisión y aprobación del Supervisor de Servicios Instructivos Provisionales.

**I. DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/GUARDIÁN. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O ESCRIBA A MÁQUINA.**

Nombre del/de la estudiante (apellido(s), nombre, inicial) \_\_\_\_\_ N° de estudiante de MCPS \_\_\_\_\_

Escuela de MCPS \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Último día de asistencia escolar \_\_\_\_\_

La dirección de hogar del/de la estudiante registrada con MCPS está correcta:  Sí  No (Si no lo es, debe actualizar su dirección en la escuela local del/de la estudiante)

Nombre del padre/guardián (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre/guardián Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/guardián \_\_\_\_\_

Parentesco  Madre  Padre  Guardián  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardián (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre/guardián Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/guardián \_\_\_\_\_

Parentesco  Madre  Padre  Guardián  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Yo autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (MCPS, por sus siglas en inglés) que consulten con el médico/enfermero/a facultativo/a que trata a mi hijo/a para confirmar el diagnóstico y/o aclarar las anotaciones médicas. Yo estoy consciente de que MCPS tiene el derecho de retener servicio hasta que se haya confirmado la necesidad de Servicios Instructivos Provisionales.

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**II. TO BE COMPLETED BY COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE. PLEASE PRINT OR TYPE. (DEBE SER COMPLETADA POR EL/A CONSEJERO/A ESCOLAR/EL/LA DIRECTOR(A) DE LA ESCUELA/LA PERSONA DESIGNADA. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O ESCRIBA A MÁQUINA.)**

Does this student have?  Individualized Education Program (IEP) (*please notify IIS office when IIS IEP is complete*)  Section 504 Plan

Student is enrolled in a discreet program (Name of Program) \_\_\_\_\_

Date application given to parent/guardian \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date application returned from parent/guardian \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date school submitted application to IIS Office \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Counselor/Principal/Designee Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE SHOULD SCAN AND EMAIL THE COMPLETED APPLICATION TO [IISOFFICE@MCPSSMD.ORG](mailto:IISOFFICE@MCPSSMD.ORG)**

**III. TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR CERTIFIED NURSE PRACTITIONER ONLY. PLEASE PRINT OR TYPE. (DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O ENFERMERO(A) FACULTATIVO. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O ESCRIBA A MAQUINA.)**

## MEDICAL VERIFICATION

**For Physical Health Conditions Only**

Dear Physician or Certified Nurse Practitioner (CNP):

Before processing a request for Interim Instructional Services (more commonly known throughout the state as “Home and Hospital Teaching”), a verification made within **30 days** of this application of the student’s physical health condition from a physician or CNP is required. Student need for IIS must be reviewed every **60 calendar days** after the initial date of verification by the practitioner, or sooner at the request of the parent/guardian or MCPS.

1. Student Name \_\_\_\_\_
  
2. Specify the physical health condition that prevents the student from attending their school of enrollment. If the request is due to pregnancy, list the expected date of delivery.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Reasons the condition prevents the student from attending school.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Date of most recent appointment (**must be within 30 calendar days of the submission of this form to IIS Office**) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  
4. Is this condition contagious?  Yes  No  
If yes, please explain \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Is the student currently taking any medication?  Yes  No  
Medicine/Dosage \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Requested duration of services (**no more than 60 days**) \_\_\_\_\_
  
7. Recommendations for school attendance:  
 Student is unable to attend school  
 Student is able to attend regular day program and student’s school of enrollment with modifications. Please list necessary modifications below.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Student is able to attend school part-time  Yes  No

8. Please list actionable steps the school can take, in your estimation, to support the student in returning to school by the end of the requested duration of services:

---

---

---

**I certify that:**

- I am a licensed physician or certified nurse practitioner and am currently treating this student.
- This student IS NOT able to attend the regular day program at their school of enrollment because of their physical health condition.
- I understand that I am part of the support team for this student and I will communicate with the school to assist in ensuring the student's return to school as quickly as is reasonably possible.
- I understand that by signing this application, the parent/guardian/caregiver of the named student has given authorization for me to discuss and clarify any of the information I have provided with Montgomery County Public Schools.

Signature of Physician/CNP \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Printed Physician/CNP Name \_\_\_\_\_ License Number \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Email address \_\_\_\_\_

#### IV. PLAN PARA EL REGRESO A LA ESCUELA

El plan para el regreso a la escuela debe crearse a través de una colaboración entre la escuela, el/la estudiante (cuando sea posible), los padres y el profesional de la salud, para establecer los pasos que cada uno tomará para facilitar el regreso a la escuela del/de la estudiante antes del fin de la duración solicitada de los servicios. La escuela debe documentar el éxito o la dificultad de cada uno de los componentes del plan. En caso que sea necesario continuar con los servicios al final de la duración solicitada de los servicios en esta solicitud, las escuelas deberán presentar evidencia de la implementación del plan de regreso a la escuela, junto con un plan actualizado que tenga en cuenta cualquier información nueva.

Por favor tenga en cuenta que el plan de regreso a la escuela puede ser implementado lo más pronto que sea práctico y no debería atrasarse hasta que haya pasado por completo la duración solicitada de los servicios.

El plan de regreso a la escuela debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. ¿Qué apoyos implementará la escuela para facilitar la transición del/de la estudiante de regreso al edificio escolar. Algunos puntos para considerar:
  - Identificar al adulto de confianza que se reunirá con el/la estudiante a su regreso y los pasos que el personal de la escuela tomará durante el primer día/la primera semana/el primer mes/etc. para apoyar la transición del/de la estudiante de regreso al edificio escolar.
  - Identificar a un compañero de almuerzo/para estar en contacto con el/la estudiante
  - Programar una hora para que el/la estudiante vaya a la escuela fuera del horario escolar para acostumbrarse al edificio, ver su horario, etc.
  - Programar citas regulares con el/la consejero/a o con otro personal de confianza de la escuela.
2. Si un(a) estudiante tiene un plan 504 o un Plan Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés), ¿cuándo se reunirá el equipo para determinar si acomodaciones modificadas o adicionales son necesarias? (Solicitudes de renovación deben incluir notas de esta reunión.)
3. Si el/la estudiante actualmente no tiene un plan 504 o un IEP, ¿es necesaria una reunión del Equipo de Programación Educativa (EMT, por sus siglas en inglés) para determinar si las acomodaciones codificadas son necesarias para este/a estudiante en su regreso?
4. ¿Qué pasos tomarán los padres para asegurar que el/la estudiante esté presente en la escuela para la transición de regreso al edificio?
5. ¿Qué pasos específicos puede tomar el profesional de la salud para apoyar la asistencia del/de la estudiante a la escuela y cómo y cuándo se comunicará la escuela con el profesional de la salud para juntar esta información?
6. ¿Cómo proveerá la escuela andamiaje para el/la estudiante en su regreso al edificio?

Esta no es una lista exhaustiva, y las escuelas, los estudiantes, los padres y los profesionales de la salud deben incluir cualquier cosa que será necesaria para asegurar un entorno acogedor y seguro para los estudiantes regresando a la escuela. A continuación, encontrará ejemplos de planes de regreso a la escuela para ayudarle a crear un plan exitoso para este/a estudiante:

[Escuela elemental](#)

[Escuela intermedia](#)

[Escuela secundaria](#)