

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**Solicitud para Servicios Instructivos Provisionales,
SOLO con Condición de Salud Mental 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 mental. **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 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.

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), primer nombre, inicial) _____ N° de estudiante _____

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)

¿Está el estudiante en un Centro Residencial de Tratamiento (RTC, por sus siglas en inglés), un Programa de Hospitalización Parcial (PHP) o un Programa Intensivo Ambulatorio (IOP, por sus siglas en inglés)? Sí No

Si sí, nombre del programa _____

Dirección _____

Persona de contacto del programa _____

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) _____

Autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (MCPS) a consultar con el médico/ enfermero/a facultativo/a certificado/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 ____/____/____

(vea el dorso)

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

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@MCPSMD.ORG

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

**PSYCHIATRIST/PSYCHOLOGIST/CERTIFIED
MENTAL HEALTH NURSE PRACTITIONER VERIFICATION**

For Mental Health Conditions Only

To be completed by a

licensed psychiatrist, licensed psychologist, certified mental health nurse practitioner, or certified school psychologist

Dear Mental Health Professional:

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 emotional condition from a licensed psychiatrist, psychologist, or certified mental health nurse practitioner 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.

Please provide the information requested below. You may attach this information to this signed document in lieu of responding on the form itself. Please note that missing information will result in a delay in processing the application.

1. Student Name _____
2. Diagnosis (Include DSM-V code):

3. Specify why the mental health condition prevents the student from attending their school of enrollment.

4. Date of most recent appointment (**must be within 30 calendar days of the submission of this form to IIS Office**) ____/____/____
How often is the student seen in your office: _____
5. Is the student currently in therapy? Yes No
Therapist’s name _____
6. Is the student currently taking any medication? Yes No
Medicine/Dosage _____

How does medication impact school performance? _____

7. Requested duration of services (**no more than 60 days**) _____
8. 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

9. Describe specific strategies that you, as the referring professional, will implement to assist the student's return to school (transition plan):

10. 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 psychiatrist, psychologist, or certified mental health nurse practitioner and am currently treating this student; or
- I am a certified school psychologist and am working with the student and the student's family to identify community resources that can assist with the student's treatment.

AND

- This student IS NOT able to attend the regular day program at their school of enrollment because of their mental 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 Certifying Professional _____ Date ____/____/____

Printed Psychiatrist, Psychologist/CMHNP 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 (miembros del equipo de la escuela sugeridos incluyen: Consejero/a escolar, Psicólogo/a escolar, Trabajador(a) de asuntos estudiantiles, Administrador(a), Líder del equipo, otro personal que sea apropiado), 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 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 un(a) compañero/a 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 escolar o con otro personal de la escuela de confianza.
2. Si un 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 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 estudiante a la escuela y cómo y cuándo se comunicará la escuela con el profesional de la salud para juntar esta información?
6. ¿Cómo proporcionará 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 estudiante:

[Escuela elemental](#)

[Escuela intermedia](#)

[Escuela secundaria](#)