

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 **Telephone:** 713-967-5285 **Fax:** 713-967-5223
Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

Hospital/Agency Referral Request Forms



2018-2019

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 **Telephone:** 713-967-5285 **Fax:** 713-967-5223
Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

PHYSICIAN'S STATEMENT OF MEDICAL INFORMATION (PSMI) 2018-2019 (1)

Student Last Name:	Student First Name:	ID:	Gender:	Grade:	Date of Birth:
Campus Name:	Campus Address/Zip:	Campus Phone:	Campus Fax:		

Parent/Guardian Last Name:	Parent/Guardian First Name:	Address/City/Zip:			
Home Phone:	Cell Phone:	Email:	Alternate Email:		

THIS FORM IS TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S U.S. LICENSED TREATING PHYSICIAN

Diagnosis:	Date of Onset:	Date of last office visit:	Date of next office visit:
Currently hospitalized: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, name of hospital:	Admission date:	Anticipated discharge date:
Symptoms exhibited:	Current status of condition: <input type="checkbox"/> Acute <input type="checkbox"/> Chronic <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Other:		
Reason(s) for requesting homebound services at this time:	Condition requires complete confinement to the home/hospital setting: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, explain why student must be confined for educational purposes only.		
Could accommodations at the campus be utilized to enable the student to receive instruction in the school setting: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
If Yes, please list recommended campus accommodations:	*TESTING RECOMMENDATION (Check ONE)* Student is medically able to participate in all district/state standardized testing at his/her campus during his/her homebound length of confinement: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If No, please list reasons why NO campus accommodations can be considered:			

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 Telephone: 713-967-5285 Fax: 713-967-5223
 Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

PHYSICIAN'S STATEMENT OF MEDICAL INFORMATION (PSMI) 2018-2019 (2)

Student Last Name:	Student First Name:	ID:	Gender:	Grade:	Date of Birth:
Campus Name:	Campus Address/Zip:	Campus Phone:	Campus Fax:		

Surgery: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date:	Procedure:			
Student receives chemotherapy at this time: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Chemo type: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Other:	Chemotherapy start date:	Frequency: <input type="checkbox"/> weekly <input type="checkbox"/> 2X weekly <input type="checkbox"/> every 2 wks.			
	Chemotherapy end date:	<input type="checkbox"/> other:			
Tracheostomy: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Seizures: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Gastric tube feeding: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is student contagious? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Oxygen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Continuous <input type="checkbox"/> Whenever necessary					
Teacher precautions: <input type="checkbox"/> None needed <input type="checkbox"/> Precautions needed at: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Gloves <input type="checkbox"/> Gown <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Gloves <input type="checkbox"/> Gown <input type="checkbox"/> Other _____ Hospital students: Is student on isolation: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, <input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Droplet <input type="checkbox"/> Other: List:					
Current Medication(s) (Attach additional sheet if needed):					
Medication	Route of Administration		Frequency of Administration		
Medication	Route of Administration		Frequency of Administration		
Medication	Route of Administration		Frequency of Administration		
Functional implications of condition: <input type="checkbox"/> Difficulty with stairs or distances <input type="checkbox"/> Difficulty maintaining alertness or strength <input type="checkbox"/> Altered ability in concentration or memory <input type="checkbox"/> Other: _____					
Strength/Mobility: <input type="checkbox"/> Easily fatigued <input type="checkbox"/> Limited strength <input type="checkbox"/> Bed only <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Ambulatory with/without assistance <input type="checkbox"/> Other: _____					

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 Telephone: 713-967-5285 Fax: 713-967-5223
 Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

PHYSICIAN'S STATEMENT OF MEDICAL INFORMATION (PSMI) 2018-2019 (3)

Student Last Name:	Student First Name:	ID:	Gender:	Grade:	Date of Birth:
Campus Name:	Campus Address/Zip:	Campus Phone:	Campus Fax:		

TREATING PHYSICIAN RECOMMENDATIONS

Participation in Instructional Activity: <input type="checkbox"/> Homebound student <input type="checkbox"/> Hospital student If hospital student, homebound needed after hospital discharge: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Number of hours per week of recommended instruction: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> other _____ <input type="checkbox"/> as tolerated		
Projected length of confinement (weeks): <input type="text"/> Not to exceed 36 weeks <i>*terms such as "indefinite" or "unknown" cannot be used</i>		
NOTE: Once approved, if student becomes medically unable to participate in homebound instruction, he/she will be released from the program and will need to be reevaluated by referring physician for appropriateness of placement.		
<p><i>I recognize that homebound placement is one of the most restrictive educational placements offered in HISD, limiting the student's interaction with his/her peers and resulting in possible reduced access to a full curriculum, which may affect the student's accrual of course credits needed for promotion and/or graduation. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</i></p> <p><i>My recommendation concerning educational placement is based on my professional medical evaluation of this student's condition. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</i></p> <p><i>The student is unable to function in the school setting at this time, including standardized testing, even with appropriate campus-based accommodations <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</i></p>		
Signature of US Licensed Treating Physician	Date Completed:	Name of US Licensed Treating Physician (PRINT):
Medical Specialty/ID Number:	Physician Address/City/State/Zip	Physician Phone:
		Physician Fax:
NOTE: This form MUST be signed by the US licensed treating physician—MAY NOT be signed by physician's assistant or nurse practitioner.		Name/Contact number of person completing this form (if other than the physician):

Signature of School Nurse/Campus Designee**	Date Reviewed**:	Printed Name**:
---	------------------	-----------------

****Campus nurse or designee must sign/date indicating this statement has been reviewed for completion. (N/A if completed for hospital/agency student.)**

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 **Telephone:** 713-967-5285 **Fax:** 713-967-5223
 Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

PARENT/GUARDIAN CONSENT TO RELEASE OF VERBAL/ WRITTEN MEDICAL INFORMATION 2018-2019

Student Last Name:	Student First Name:	ID:	Gender:	Grade:	Date of Birth:
Campus Name:	Campus Address/Zip:	Campus Phone:	Campus Fax:		

In order that the complete medical information is obtained concerning the student's medical condition and its impact on delivery of instruction, the Houston Independent School District authorizes a physician/designee of its choosing to obtain additional medical information through physician review of records and/or consultation with the student's treating physician(s) and any other physician who treats a co-existing condition that is or is not stated in the diagnoses or elsewhere in the student's records, including Special Education records. In addition, an Independent Medical Consultant may request a clinical evaluation, if necessary. The consultant or designee may also communicate with other therapists who provide services to the student in order that a comprehensive evaluation is conducted.

I authorize the physician(s) listed below to release and/or exchange information with HISD Physician Medical Consultant, Community Services School Designee(s) and HISD Special Education personnel regarding student's course of treatment.

Physician Name (PRINT):	Specialty/ID Number:	Address:	Phone:	Fax:
Physician Name (PRINT):	Specialty/ID Number:	Address:	Phone:	Fax:
Physician Name (PRINT):	Specialty/ID Number:	Address:	Phone:	Fax:

This consent form states that the parent or adult student has been fully informed and understands the activity for which consent is sought. Documentation indicates that the parent or adult student understands that consent is voluntary and may be revoked in writing at any time. **NOTE:** The withdrawal does negate an action that has occurred after consent was given and before it was withdrawn. Further, the individually identifiable health information described above may no longer be protected by HIPAA, once such information is held by HISD personnel/Special Education personnel.

Yes, I consent to communication between school district employees and home health caregivers. This consent may be revoked at any time.

No, I do not consent to communication between school district employees and home health care givers.

Signature of Parent/Guardian/Adult Student/Surrogate Parent	Title:	Date Signed:
Signature of Interpreter (if required):	Title:	Date Signed:

- This form must be completed in its entirety to be valid. **It must include at least ONE treating physician/physician information.**
- This form expires one year from the date of signature.
- **If no consent is given, HISD Community Services and/or campus personnel will not be able to obtain verification and/or clarification information from the treating physician necessary to complete the homebound referral process.**

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 **Telephone:** 713-967-5285 **Fax:** 713-967-5223
Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

Formulario de autorización para divulgar información médica (verbal o escrita) 2018-2019

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante:	ID:	Sexo:	Grado:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Dirección de la escuela:	Teléfono de la escuela:		Fax de la escuela:	

Es necesario obtener toda la información sobre la condición médica del estudiante a fin de determinar el impacto que pudiese tener en su educación. Para ello, el Distrito Escolar Independiente de Houston autoriza que el médico o la persona designada por el médico obtenga información médica adicional mediante la revisión del expediente médico o una consulta con los médicos del estudiante y cualquier médico que le proporcione tratamiento para otras condiciones existentes, se indiquen o no, en los diagnósticos que incluye el expediente del estudiante, (incluso el expediente de Educación Especial). De ser necesario, un consultor médico independiente puede solicitar una evaluación clínica adicional. El consultor o la persona designada por el consultor puede comunicarse con cualquier terapeuta que le proporcione servicios al estudiante a fin de conducir una evaluación completa.

Los médicos que se indican a continuación cuentan con mi autorización para divulgar y compartir información médica con los representantes de los servicios escolares comunitarios que designen los consultores médicos de HISD y el personal de Educación Especial de HISD respecto al tratamiento médico de mi hijo.

Nombre del médico (letra de molde):	Núm. de ID de especialidad:	dirección:	teléfono:	fax:
Nombre del médico (letra de molde):	Núm. de ID de especialidad:	dirección:	teléfono:	fax:
Nombre del médico (letra de molde):	Núm. de ID de especialidad:	dirección:	teléfono:	fax:

Esta autorización confirma que el padre o el estudiante adulto está informado y comprende totalmente la actividad para la cual concede esta autorización. Los documentos correspondientes indican que el padre o el estudiante adulto entiende que su autorización es voluntaria y puede revocarla en cualquier momento. **AVISO:** La revocación no tiene efecto sobre las acciones que se realicen después de la autorización y antes de revocar la misma. Además, es posible que la información de identificación individual descrita anteriormente no esté protegida por HIPAA, una vez que se divulgue al personal de Educación Especial y HISD.

Sí, autorizo que los empleados del distrito se comuniquen con el personal encargado de la atención médica a domicilio. Comprendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento.

No, no autorizo que los empleados del distrito se comuniquen con el personal encargado de la atención médica a domicilio.

Firma del padre, tutor, estudiante adulto, o representante del estudiante:	fecha:
--	--------

- Es necesario llenar este formulario en su totalidad para que tenga validez.
- La autorización es válida durante un año a partir de la fecha en que se firmó.
- **Si el padre no da su autorización los representantes de los servicios escolares comunitarios de HISD o personal escolar no podrán verificar o aclarar la información pertinente con el médico, la cual es necesaria para completar el proceso de referencia para recibir servicios escolares a domicilio.**

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 **Telephone:** 713-967-5285 **Fax:** 713-967-5223
 Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

GUIDELINES FOR PROVISION OF HOSPITAL EDUCATION SERVICES 2018-2019

Student Last Name:	Student First Name:	ID:	Gender:	Grade:	Date of Birth:
Campus Name:	Campus Address/Zip:	Campus Phone:		Campus Fax:	

The Houston Independent School District hospital homebound program provides for the continuation of regular or special education programs in the hospital for students residing in-hospital within HISD boundaries, whose illness or injury prevents them from attending school for a period of four or more weeks.

1. The responsible adult/parent/guardian will:

- Be in the student's hospital room during instruction.
- Notify the Community Services teacher (or the school if the teacher cannot be reached) at least one hour prior to the appointment if the student is unable to meet at the designated time. The Community services teacher will notify parent/guardian one hour prior to the appointment time if the teacher cannot meet at the designated time.
- Notify Community Services if anyone in the room has an illness that is contagious. In such cases, services will be discontinued until a written medical clearance is received.
- Provide an environment which is clean, free of clutter and conducive to learning, as appropriate.
- Eliminate distractions (television, media, games, noise, etc.) that may interfere with learning.
- Sign and date the teacher log, as requested, each day instruction is given.
- Return any school property left with the student (hot spot, flash drives, instructional materials, etc.)
- Whenever possible, delay scheduled visits and appointments until after instruction is complete.

2. The student should:

- Be dressed appropriately for instruction and be prepared with supplies, desk/table and lighting.
- Be ready and arrested for the arrival of the hospital teacher at the designated appointment time.
- Refrain from smoking, drinking, chewing gum, using inappropriate language or eating during instructional time.

3. Attendance Policy (HISD Attendance Policy):

- Parent must submit a note within three days of an absence or it will be recorded as an unexcused absence. Student will be provided assignments or make up work for the days missed, if applicable.
- If the student has excessive absences (excused or unexcused), an attendance referral will be made and submitted to the appropriate campus committee for follow up.
- Hospital students who wish to request homebound services after hospital discharge must enroll in their zoned school and be referred by the home campus. During the transition, the student may attend the classroom in the hospital for a period of up to two weeks. Parents are responsible for meeting the four hour weekly attendance requirement.
- Upon release from homebound services, the student is to return to his/her school of attendance. The homebound teacher will only provide instruction until the release date established by the GEH/IEP committee.
- Students who have been expelled or suspended from school will not receive services.

Parent/Guardian Signature:	Date:
Hospital Teacher Signature:	Date:

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 Telephone: 713-967-5285 Fax: 713-967-5223
Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

CONVENIO PARA SERVICIOS A DOMICILIO 2018-2019 RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES Y TUTORES

Apellido del estudiante:	Nombre del estudiante:	ID:	Género:	Grado:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Dirección de la escuela y Zip:	Teléfono de la escuela:		Fax de la escuela:	

En calidad de participante del programa para estudiantes de HISD confinados en su hogar, su hijo recibirá instrucción en conformidad con las normas de Servicios Escolares de la Comunidad, cubriendo aquellas materias básicas que puedan enseñarse en el hogar. El personal de esta oficina está dedicado a lograr que su hijo se beneficie al máximo del programa, y, a fin de que el estudiante pueda cumplir con las altas expectativas del plan, será preciso que usted, su hijo y demás miembros del hogar se adhieran a las siguientes normas de Servicios Escolares de la Comunidad:

1. Contar con la presencia de un adulto responsable durante cada sesión de enseñanza en el hogar. **El docente no ingresará en la casa si no hay una persona mayor presente.** Si su hijo comúnmente tiene problemas de conducta, la persona deberá permanecer con él todo el tiempo que dure la clase para supervisar y controlar su comportamiento. El docente no permanecerá en la casa si el estudiante exhibe un comportamiento inaceptable, o si se niega a participar en las clases. La reincidencia reiterada en conducta inaceptable por parte del estudiante resultará en su baja del programa.
2. Proveer acceso seguro a la propiedad, por ejemplo, abrir portones, despejar veredas, cerciorarse de que haya estacionamiento para el docente, contener a las mascotas del hogar y preparar un lugar en la casa (como la sala o el comedor) con una mesa despejada para la clase y las tareas.
3. Facilitar un tiempo de instrucción sin interrupciones. NO permita visitas, llamadas, televisión, música, uso de las redes sociales, videojuegos, consumo de alcohol o tabaco, o cualquier otra condición que pueda generar distracciones o crear un ambiente inseguro o no profesional.
4. Vigilar o supervisar el estado de salud o tratamiento médico del estudiante es responsabilidad del proveedor de servicios sanitarios o del adulto presente en la casa, NO del docente que va a impartir las clases a domicilio.
5. Ayudar y animar a su hijo a completar las tareas asignadas cumpliendo con las fechas según corresponda. Los estudiantes que continuamente fallen en las tareas, ya sea trabajando en persona con el docente, o en cursos impartidos en línea, podrían ser dados de baja del programa.
6. Notificar al docente con 24 horas de anticipación si es necesario cancelar una sesión. La cancelación reiterada de sesiones por razones no relacionadas con la atención médica del estudiante podría resultar en su baja del programa. El estudiante que debido a su salud o tratamiento no pueda participar en las sesiones será dado de baja del programa, y se requerirá una nueva evaluación médica para determinar el plan adecuado. Una vez que el estudiante esté en condiciones de participar, la escuela donde esté inscrito deberá volver a presentar una solicitud de servicios en el hogar.
7. Mantener al docente informado de todo cambio en la salud de su hijo que pudiera afectar la instrucción.
8. Firmar el registro de clases semanales del docente para verificar que usted u otro adulto estuvieron presentes, y que en cada sesión se impartió una clase. Cuando su hijo pierda una sesión, será preciso producir una justificación escrita por uno de los padres o tutores y dirigida al docente, ya que las faltas afectan la asistencia escolar del estudiante.
9. Cumplir con todos los requisitos del proceso al solicitar servicios, ya sea por primera vez o a modo de extensión del plan, y **entender que si usted NO da consentimiento de conferencia con los médicos de su hijo, interferirá con la habilidad de Servicios de la Comunidad para tramitar su solicitud ya que la verificación y aclaración de datos médicos es un componente necesario del proceso de asignación de servicios.**
10. Cerciorarse de que el estudiante esté vestido de manera apropiada para una clase a la hora acordada para la llegada del docente. El estudiante debe abstenerse de comer y beber durante la sesión y al trabajar con computadoras y otros aparatos tecnológicos, además de comportarse como es debido durante una clase.
11. Entender que la instrucción a domicilio es un servicio temporal y NO debe considerarse como alternativa a la enseñanza tradicional en un salón de clases. Comprender que recibir clases a domicilio priva a su hijo de recibir instrucción con su grupo de compañeros, y reduce su acceso al currículo escolar completo lo cual puede resultar en que el estudiante NO reciba créditos académicos necesarios para su promoción o graduación.

Firma del padre	Fecha de firmado:
Hospital Teacher Signature:	Date:

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 **Telephone:** 713-967-5285 **Fax:** 713-967-5223
 Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

HISD MEDIA CONSENT AND RELEASE FORM (ENGLISH) 2018-2019

Student Last Name:	Student First Name:	ID:	Gender:	Grade:	Date of Birth:
Campus Name:	Campus Address/Zip:	Campus Phone:	Campus Fax:		

Throughout the school year, students may be highlighted in efforts to promote HISD activities and achievements. For example, students may be featured in materials to train teachers and/or increase public awareness of our schools through newspapers, radio, TV, the web, DVDs, displays, brochures and other types of media.

I, the parent or guardian of the student named above, hereby give HISD and its employees, representatives and authorized media organizations permission to print, photograph and record my child for use in audio, video, film or any other electronic, digital and printed media.

- a. This is with the understanding that neither HISD nor its representatives will reproduce said photograph, interview or likeness for any commercial value or receive monetary gain for use of any reproduction/broadcast of said photograph or likeness. I am also fully aware that I will not receive monetary compensation for my child's participation.
- b. I further release and relieve HISD, its Board of Trustees, employees and other representatives from any liabilities, known or unknown, arising out of the use of this material.

I certify that I have read the Media Consent and Release Liability Statement and fully understand its terms and conditions.

Please understand that failure to return this release form within ten (10) school days from the date of distribution will constitute approval of the above requests.

Parent/Guardian Last Name:	Parent/Guardian First Name:	Address/City/Zip:			
Home Phone:	Cell Phone:	Email:	Alternate Email:		
Parent/Guardian Signature				Date:	

Community Services School

Address: 1102 Telephone Road, Houston, TX 77023 **Telephone:** 713-967-5285 **Fax:** 713-967-5223
Dr. Stephen MacLauchlan, Ed.D., Principal

Formulario estudiantil de consentimiento para difusión a los medios

2018-2019

Student Last Name:	Student First Name:	ID:	Gender:	Grade:	Date of Birth:
Campus Name:	Campus Address/Zip:	Campus Phone:	Campus Fax:		

Formulario estudiantil de consentimiento para difusión a los medios

En el transcurso de este año escolar, varios estudiantes podrían ser incluidos en proyectos para promover las actividades y logros de HISD. Por ejemplo, los estudiantes pueden estar en material preparado para capacitar a los maestros y/o mejorar el interés del público y promover las escuelas a través del periódico, radio, TV, internet, DVD, carteles, folletos y otros medios.

Yo, el padre, madre o tutor de _____, doy consentimiento a HISD y sus empleados, representantes y organizaciones de difusión autorizadas permiso para imprimir, fotografiar y grabar el audio, video o cualquier otro medio electrónico digital o impreso de mi hijo(a).

- Entiendo que HISD ni sus representantes reproducirán dichas fotografías, entrevistas o cualquier otra cosa similar para ningún propósito de lucro. También estoy consciente de que no recibiré compensación monetaria por la participación de mi hijo(a).
- Exento a HISD, la Mesa Directiva, sus empleados y otros representantes de cualquier otra responsabilidad, conocida o no, referente a este material.

Certifico que leí este formulario estudiantil de consentimiento para difusión a los medios y entiendo los términos y condiciones de éste.

Entiendo que si no regreso este consentimiento dentro de diez (10) días escolares de la fecha de su distribución, automáticamente doy mi consentimiento.

Parent/Guardian Last Name:	Parent/Guardian First Name:	Address/City/Zip: (dirección/ciudad/código postal):			
Home Phone (teléfono en casa):	Cell Phone (teléfono celular):	Email:	Alternate Email:		
Parent/Guardian Signature (firma del padre, madre o tutor)		Date (fecha):			