

Apreciado padre de familia/tutor legal:

Los siguientes pasos son los que usted debe seguir si desea solicitar el cambio de asignación de escuela de su hijo/a, por tratarse de razones médicas y/o salud.

- 1) Llene el formulario "Solicitud de Reasignación/Transferencia". Con este formulario usted tendrá un máximo de tres páginas adicionales para escribir sus comentarios y ofrecer información. Si usted incluye más páginas, la solicitud será retenida en la oficina de Ubicación de Estudiantes y no será enviado al comité de revisión médica. Este formulario de solicitud debe ser enviado directamente a la oficina de Ubicación de Estudiantes.
- 2) Llene el formulario "Authorization for Medical Records and Reports" (autorización para obtener reportes y registros médicos que se encuentra en la segunda página de este paquete). El médico de su hijo/a debe llenar el formulario "Physician Statement" (declaración médica que se encuentra en la tercera página de este paquete) y envíe tanto la página de la autorización, como la de la declaración, a nuestras oficinas a la dirección que aparece abajo.
- 3) La Oficina de Ubicación de Estudiantes enviará todo el paquete de su hijo(a) a un comité de médicos, el cual será quien estudie su solicitud. Ese comité hará una recomendación al sistema escolar basada en la situación médica particular. Esa recomendación pasa a formar parte de la información que se usará, para aprobar o rechazar su solicitud de cambio de asignación de escuela de su hijo/a.

Por favor tenga en cuenta que como este proceso involucra varios pasos adicionales, la respuesta de la Oficina de Ubicación de Estudiantes puede tardar hasta ocho semanas.

Oficina de Ubicación de Estudiantes
Escuelas de Charlotte-Mecklenburg
Centro de Aplicación para Familias
1600 Tyvola Road
Charlotte, NC 28210

Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, póngase en contacto con la Oficina de Ubicación de Estudiantes llamando al teléfono 980-343-5335, o visitando la página de internet: student.placement@cms.k12.nc.us.

ESCUELAS DE CHARLOTTE-MECKLENBURG

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER REPORTES Y REGISTROS MÉDICOS

FECHA: _____

PARA: _____
Nombre del médico o grupo médico que atiende al estudiante

Usted y cualquier persona asociada con usted y su consultorio, por medio de la presente están autorizados a entregar, a la Junta Directiva de Educación de Charlotte-Mecklenburg y al grupo debidamente designado de profesionales de salud del "Comité de revisión de las solicitudes de reasignación de los estudiantes", o a cualquier representante del mismo; todo tipo de información que les sea solicitada y esté relacionada con el tratamiento físico, mental, emocional u otro tipo de tratamiento médico que ustedes hayan llevado a cabo con el/la paciente:

(Nombre del estudiante)

Y si fuera necesario, el permitir que la Junta Directiva de Educación y/o el comité de revisión examine cualquier tipo de radiografías que se hayan tomado del estudiante, o registros médicos que ustedes tengan y que estén relacionados con la condición o el tratamiento del estudiante en mención.

Ustedes están por medio de la presente siendo notificados de que cualquier información entregada de aquí en adelante, será usada únicamente en conexión con la solicitud presentada de reasignación del mencionado estudiante, y para ningún otro propósito. Se les solicita además que no brinden información a ninguna otra persona sin mi autorización por escrito, de acuerdo a los estatutos que conceden el privilegio de confidencialidad de la comunicación. Todas las autorizaciones anteriores a través de esta carta, quedan canceladas. Esta autorización expirará en un año después de la fecha en que se firma.

Nombre impreso del padre de familia/tutor legal

Firma del padre de familia/tutor legal

Firma del estudiante si tiene 18 años o más

CHARLOTTE-MECKLENBURG SCHOOLS

PHYSICIAN STATEMENT FOR SCHOOL REASSIGNMENT REQUEST

Student's Name _____ Date of Birth: _____

The parent/guardian of the above named student has requested a school reassignment from _____ School to _____ School for medical or health reasons.

Under the guidelines established by the Board of Education which govern student reassignments, a student may be transferred from the school of original assignment if it can be determined that attendance at this school will endanger or be injurious to the health of the student. Medical information from you is needed in order to assist the area health professionals serving on the committee appointed to make a recommendation to the Charlotte-Mecklenburg Board of Education regarding this request.

Student's Medical Diagnosis: _____

Please answer the following four questions by circling the most appropriate response (1-5) on the continuum for each question.
NOTE: All questions revised from earlier forms.

Is the problem: well established < 1 2 3 4 5 > newly diagnosed?

Is the condition: stable < 1 2 3 4 5 > unstable?

Is the student's ability to be responsible for the care of this problem: self-sufficient < 1 2 3 4 5 > dependent on adults?

What is your level of medical concern about this child's school assignment: no or little concern < 1 2 3 4 5 > very concerned?

REQUIRED: Comment on the child's condition and how it affects the school assignment (please print):

(use other side if necessary)

Signature of Physician

Date

Office Telephone Number

Print Name of Physician

Office Mailing Address or Fax Number

Thank you for your assistance. If you have any questions about this packet or the reassignment request, please contact the Student Placement Office at 980-343-5335. Please return this packet directly to:

Student Placement Office
Charlotte-Mecklenburg Schools
Family Application Center
1600 Tyvola Road
Charlotte, NC 28210