



**Clayton County Public Schools**  
**Bộ Phận Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện**  
1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236  
Điện thoại: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

## **Mẫu Chứng Nhận Y Tế** dành cho **Chẩn Đoán Tâm Thần**

**Mẫu Chứng Nhận Y Tế chưa điền đầy đủ và/hoặc giao trực tiếp sẽ không được xử lý để nhận dịch vụ Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện**

Giảng dạy Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện (HHB) là việc giảng dạy học tập được cung cấp cho những học sinh mắc bệnh bị buộc phải chỉ ở trong nhà hoặc một cơ sở chăm sóc y tế trong một khoảng thời gian mà cản trở việc đến trường bình thường dựa trên chứng nhận cần thiết về mặt y tế của bác sĩ tâm lý được cấp phép đang điều trị chẩn đoán hiện tại cho học sinh. Để được coi là đủ điều kiện nhận dịch vụ giảng dạy HHB, bác sĩ tâm lý điều trị của học sinh phải dự kiến rằng học sinh sẽ nghỉ học tối thiểu mười ngày liên tiếp. Trong mọi trường hợp, các dịch vụ HHB sẽ không vượt quá tám tuần. Nếu bác sĩ điều trị dự kiến rằng tình trạng sẽ vượt quá tám tuần, phụ huynh được khuyến khích trao đổi với tư vấn viên nhà trường để sắp xếp 504 hoặc IEP.

Học sinh được xác định là đủ điều kiện nhận dịch vụ Dưỡng Bệnh Tại Nhà/Bệnh Viện do một chẩn đoán tâm thần được yêu cầu phải có đánh giá tâm thần và được tư vấn tâm lý liên tục. Đánh giá tâm thần phải bao gồm bệnh sử, kết quả khám, chẩn đoán và tiên lượng. Vì các quy trình của học khu CCPS yêu cầu trị liệu cho người đủ điều kiện tiếp tục nhận HHB, nên phải đính kèm lịch trị liệu vào mẫu đơn này. Việc cân nhắc HHP cũng cần Kế Hoạch Điều Trị và Đi Học Trở Lại được lập thành văn bản. Phải đính kèm kế hoạch này. Các bác sĩ tâm lý được nhắc nhở rằng giảng dạy Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện được cung cấp như một dịch vụ hỗ trợ và không nhằm mục đích thay thế giảng dạy thông thường ở lớp học. Do đó, học sinh được khuyến khích trở lại trường sớm nhất có thể.



**Clayton County Public Schools**  
**Bộ Phận Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện**  
1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236  
Điện thoại: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

## **Mẫu Chứng Nhận Y Tế Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện (Đối Với Chẩn Đoán Tâm Thân)**

(Lưu ý: Mẫu đơn này phải do một bác sĩ tâm lý được cấp phép (hoặc người được chỉ định) điền đầy đủ và phải được gửi fax hoặc email lại cho HHB)

Tên Học Sinh: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Tên Bác Sĩ Tâm Lý: \_\_\_\_\_ Số Nhà Cung Cấp Dịch Vụ GA Bác Sĩ Tâm Lý: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_ Số Fax: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Ngày Đánh Giá Ban Đầu: \_\_\_\_\_ Ngày Hẹn Tiếp Theo: \_\_\_\_\_

Chẩn Đoán: \_\_\_\_\_

### **Khoảng Thời Gian Học Sinh Sẽ Cần Giảng Dạy HHB:**

Số Tuần: \_\_\_\_\_ Ngày Bắt Đầu: \_\_\_\_\_ Ngày Kết Thúc: \_\_\_\_\_

#### **Tuyên Bố của Bác Sĩ Tâm Lý: Vui lòng trả lời những câu hỏi sau. Vui lòng khoanh tròn.**

- Học sinh không thể đến trường trong tối thiểu 10 ngày liên tiếp phải không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_
- Học sinh có buộc phải chỉ ở trong nhà hoặc bệnh viện không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_
- Có được khuyến nghị dịch vụ HHB toàn thời gian không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_
- Có được khuyến nghị \*dịch vụ HHB không liên tục không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_
- Học sinh mắc bệnh mãn tính hoặc bệnh dài ngày và học sinh vắng mặt không đến trường mười ngày một năm có thể nhận \*dịch vụ HHB không liên tục thay vì dịch vụ HHB toàn thời gian. Đây có phải là lựa chọn khả thi đối với học sinh không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_
- Có thể cung cấp giảng dạy mà không làm nguy hại đến sức khỏe hoặc sự an toàn của giảng viên không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_
- Học sinh có thể tiếp xúc với học sinh khác hoặc với những học sinh mà giảng viên có thể tiếp xúc không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_
- Học sinh có bệnh truyền nhiễm không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_
- Học sinh có thể tham gia và hưởng lợi từ chương trình giảng dạy không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_

**\*Nếu học sinh được chấp thuận sử dụng dịch vụ HHB không liên tục, học sinh sẽ cần cập nhật về tình trạng y tế theo lịch được xác định trong Chương Trình Dịch Vụ Giáo Dục (ESP) của Học Sinh.**



**Clayton County Public Schools**  
**Bộ Phận Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện**  
1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236  
Điện thoại: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

## Kế Hoạch Điều Trị và Đi Học Trở Lại

Thông tin sau là bắt buộc để xác định tính đủ điều kiện nhận giảng dạy Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện và phải được điền đầy đủ bởi bác sĩ tâm lý được cấp phép hiện đang điều trị cho chẩn đoán chính của học sinh.

Lịch điều trị/trị liệu cho học sinh này là gì? Hàng Ngày: \_\_\_\_\_ Hàng Tuần: \_\_\_\_\_ Hàng Tháng: \_\_\_\_\_

Khoảng thời gian dự kiến cho việc điều trị/trị liệu là gì? \_\_\_\_\_

- Học sinh có thể trở lại trường trên cơ sở không liên tục sau khi ổn định tình trạng hoặc thuốc không? Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

---

---

---

- Học sinh có dùng thuốc không? \_\_\_\_\_ Nếu có, vui lòng liệt kê thuốc bên dưới.

Danh Sách Thuốc			
Tên Thuốc	Ảnh hưởng đến khả năng hiểu của học sinh	Ảnh hưởng đến khả năng điền đầy đủ bài tập đọc lập của học sinh	Ảnh hưởng đến khả năng thấu hiểu giáo viên và học sinh khác của học sinh



**Clayton County Public Schools**  
**Bộ Phận Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện**  
1058 Fifth Avenue - Jonesboro, GA 30236  
Điện thoại: 678-817-3119 Fax: 678-817-3098

## **Kế Hoạch Điều Trị và Đi Học Trở Lại**

Vui lòng nêu bất kỳ giới hạn hoặc hạn chế nào trong thời gian giảng dạy HHB, bao gồm các ảnh hưởng của thuốc.

Giảng dạy Dưỡng Bệnh Tại Nhà-Bệnh Viện (HHB) được cung cấp như một dịch vụ hỗ trợ; dịch vụ này được thiết kế để cung cấp hỗ trợ giảng dạy tạm thời cho những học sinh không thể đến trường vì vấn đề y tế hoặc tâm thần. HHB không nhằm mục đích thay thế giảng dạy thông thường ở lớp học. Hỗ trợ HHP tối đa tám tuần được cung cấp cho học sinh có chẩn đoán tâm thần. Tất cả học sinh đều được khuyến khích trở lại trường sớm nhất có thể. Vui lòng mô tả (**hoặc đính kèm**) khung thời gian của quý vị và chương trình chuyển tiếp đi học trở lại của học sinh vào bên dưới.

### **Chứng Nhân của Bác Sĩ Tâm Lý**

Hiểu rằng Chương Trình Dưỡng Bệnh Tại Nhà/Bệnh Viện là môi trường giáo dục hạn chế nhất, tôi xác nhận rằng học sinh này đang được tôi chăm sóc và điều trị cho bệnh trạng được đề cập ở trên và, theo quan điểm chuyên môn của tôi, việc để trẻ học tập trong môi trường giáo dục rất hạn chế này là cần thiết về mặt y tế.

\_\_\_\_\_  
*Chữ Ký của Bác Sĩ Tâm Lý*

\_\_\_\_\_  
*Số Giấy Phép GA*

\_\_\_\_\_  
*Ngày*

**\*VUI LÒNG LƯU Ý:** Nếu ARNP hoặc PA ký ở trên, cần phải có tên, chữ ký, và số điện thoại của bác sĩ giám sát ở bên dưới:

Tên Bác Sĩ Giám Sát (Viết In) \_\_\_\_\_

Tên Người Bác Sĩ Chỉ Định (Viết In) \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại của Bác Sĩ Giám Sát: \_\_\_\_\_ Số Fax: \_\_\_\_\_

Chuyên Khoa: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Bác Sĩ Giám Sát: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Người Bác Sĩ Chỉ Định: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_