

ANEXO I: **PROCEDIMIENTO DEL SEDYHNS**

SECUNDARIA ORIENTADA **EDUCACIÓN TÉCNICA Y TRABAJO** **EDUCACIÓN SECUNDARIA PRIVADA.**



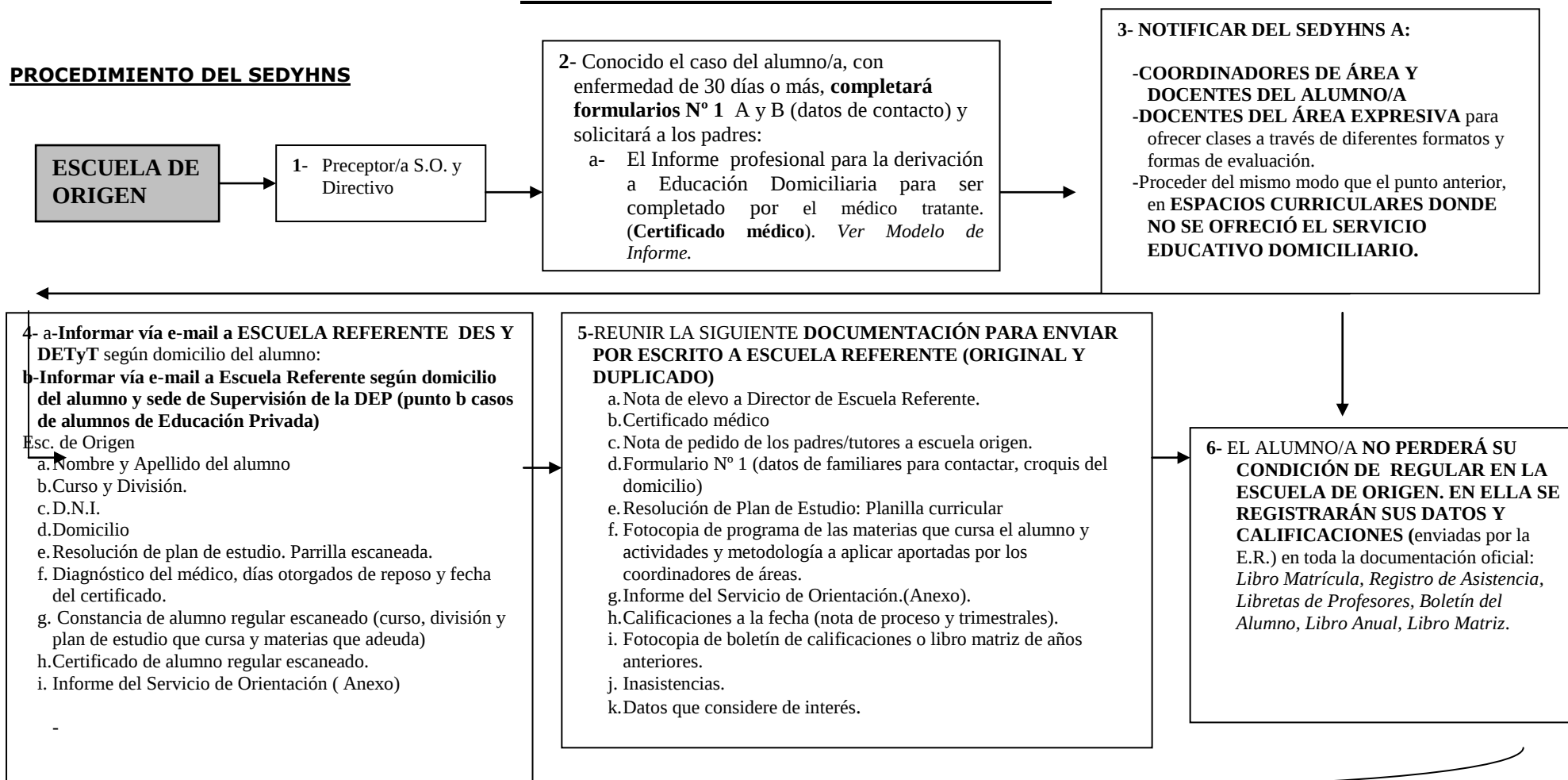
COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E' mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



ANEXO I: PROCEDIMIENTO DEL SEDYHNS

PROCEDIMIENTO DEL SEDYHNS



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E'mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



7-ESCUELA REFERENTE

7-ESCUELA REFERENTE

A-CONTROLA QUE EL LEGAJOS DEL ALUMNO/a con la documentación enviada por la Escuela de origen este completo.

B- Completa el FORMULARIO N° 2 CON LA ASIGNACIÓN DE HORAS POR ESPACIO CURRICULAR, para ser autorizado por Direcciones de Línea y Referente SEDYHNS. Incluyendo fecha, plazo de reposo y vencimiento del certificado médico.

C- Informa vía e-mail a direcciones de línea y referente técnico:

- a. Nombre y Apellido del alumno.
- b. DNI.
- c. Curso y división.
- d. Escuela de Origen.
- e. **El informe profesional escaneado para la derivación a Educación Domiciliaria**, es decir, **Certificado médico con fecha actualizada al momento del pedido** y la **patología** del alumno/a y los **días otorgados de reposo**.
- f. Resolución de Plan de Estudio: Parrilla curricular.
- g- **Formulario N° 2** perfectamente confeccionado, con la asignación de horas, por alumno y por espacio curricular.

8- Envía en soporte papel a SUPERVISIÓN, DIRECCIÓN DE LÍNEA Y REFERENTE TÉCNICA DE SEDYHNS LA CARPETA ORIGINAL PERSONAL DEL ALUMNO CON LA DOCUMENTACIÓN enviada por la Escuela de Origen perfectamente confeccionada, revisada y completa.

NOTA: No enviar en papel Formulario N° 2 hasta la aprobación de la solicitud del servicio.

DIRECCIÓN DE LÍNEA Y REFERENTE DE SEDYHNE

9-DIRECCIÓN DE LÍNEA Y REFERENTE DE SEDYHNS

A-Revisar y Autorizar la asignación de horas por alumno y por espacio curricular solicitada y enviada vía e-mail en el **Formulario N° 2**.

B- CONSIDERAR QUE ESTE EL 20% DE VIRTUALIDAD EN DICHO FORMULARIO.

B-Responder vía e-mail la Autorización solicitada en primer término mediante el **Formulario N° 2** a Escuela Referente.

C-Paralelamente elevar Autorización definitiva (firmada) vía Supervisión a Escuela Referente mediante soporte papel de la prestación del Servicio Educativo Domiciliario, para el alumno/a solicitado, previo ingreso del legajo requerido a la ER.

C-Educación Privada:

Paralelamente elevar Autorización definitiva vía Supervisión de la DEP, a DES y/o DETyT para su firma por duplicado. Además, una vez firmadas, una copia se envía a la Escuela Referente (ER) vía supervisión DES y/o DETyT y otra copia se archiva en el legajo del estudiante en la DEP.



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E'mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar

ESCUELA REFERENTE (Directivo, Secretario, Coordinador Referente y S.O.)

10-ESCUELA REFERENTE (Directivo, Secretario, Coordinador Referente y Servicio de Orientación)

- A – Organizar los llamados para asignar horas cátedra a docentes y/o tutores y asesorar, con sus Servicios de Orientación, sobre nuevos formatos educativos según la realidad del alumno:**
- 1- En concurso público.
 - 2- En concurso interno, a los profesores que conforman los equipos docentes del servicio, siguiendo la normativa vigente.
 - 3- Entrevistar a los padres del alumno a fin de informar la metodología del servicio educativo y firma de Acta Compromiso (detallando las responsabilidades y acompañamiento de la familia con el alumno/a y los docentes).
 - 3- Conformar planillas de asistencia para el pago de los docentes del servicio. Informar al departamento de liquidaciones, detallando altas y bajas de los docentes (de acuerdo a lo autorizado por cada dirección de línea)
 - 4- Informar asignación de horas a la Dirección de línea vía supervisión (**Formulario N° 2**)
 - 5- Confeccionar y actualizar:
 - a) Registro de asignación de personal
 - b) Libreta de docente (**Formulario N° 4 D**).
 - c) Planilla de calificaciones del alumno (**Formulario N° 5**)
 - d) Libro Anual de SEDYHNS
- B- Confeccionar el Formulario N°4 A “CUADERNO DE REGISTRO DE TRAYECTORIA DEL ALUMNO Y DOCENTE”**
- C- Enviar a padres el Formulario N° 4 C “REGISTRO LIBRO DE TEMA Y ASISTENCIA DE DOCENTE CON FIRMA DE PADRES” para su conocimiento y registro de la asistencia del docente al domicilio.**
- D- Controlar e informar a la Dirección de Línea y a la Escuela de Origen:**
- 1 – Los certificados médicos actualizados. 2 – Asistencia de Docentes. 3 - Cobertura del Servicio Educativo. 4- Posibles dificultades a presentar.
- E- Solicitar la continuidad de la prestación del servicio a la Dirección de Línea y Referente Técnica según la certificación médica correspondiente en tiempo y forma.**
- F- Dar la baja al Docente, cuando el alumno finaliza el pedido de servicio según el certificado médico e informar a la Subdirección de Liquidaciones.**
- G- Informar y enviar el informe profesional (certificado médico) del alta del servicio del alumno a la dirección de línea y referente técnica del SEDYHNS.**
- H- Enviar calificaciones definitivas del alumno, a la Escuela de Origen (original – Formulario N° 5) , y a la Dirección de Línea, Referente Técnico del SEDYHNS (duplicado) para que se proceda al archivo de las mismas en el legajo del alumno**
- I- Enviar el Informe Pedagógico de cada espacio curricular (por docente o tutor) a EO (original) y a referente técnico del SEDYHNS (duplicado) Formulario N°5.**
- J- Consultar con la Referente Técnica del SEDYHNS de la Dirección de Línea correspondiente, toda dificultad que se presente e impida el normal desarrollo del SEDYHNS.**



ANEXO II

FORMULARIOS PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DEL SEDYHNS

- ESCUELA DE ORIGEN.-



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



ANEXO II
FORMULARIO N° 1A:
ACTA COMPROMISO DE ESCUELA DE ORIGEN PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO EDYHNS.

Escuela de Origen: N°.....Nombre:

Domicilio:.....Teléfono:.....

Correo Electrónico:.....Sede de Supervisión:.....

Dirección de Línea:.....

ACTA ESCUELA DE ORIGEN.

En Mendoza a los.....días del mes de.....del 2018, quien suscribe.....Autoridad Escolar (*Tache lo que no corresponda*) Director/a, Vicedirector/a Regente, de la Escuela Origen N°.....Nombre:solicita la Implementación del Servicio Educativo Domiciliario y Hospitalario para el/la alumno/a regular de la institución cuyos datos personales se detallan a continuación:

- Nombre y Apellido:.....
- D.N.I:.....
- Edad:.....
- Domicilio:.....
- Curso y División:Turno:.....
- Modalidad y Orientación:.....N° de Resolución:.....
- Adulto Responsable:.....Teléfono:.....

Para aquellos alumnos que ingresan a Primer Año del Nivel Secundario y que por su patología continuarán en el Servicio Educativo Domiciliario y Hospitalario especificar:

-N° y Nombre de Escuela Referente de Nivel Primario:.....

-Docente de Nivel Primario Domiciliaria y Hospitalaria que brindo el servicio educativo al alumno/a:

-Teléfono de contacto de la Escuela Referente de Nivel Primario:

Según formulario médico N°..... con fecha de/...../2018 el/la alumno/a presenta (diagnóstico).....por lo que el profesional tratante Médico (Apellido y



Nombre):.....Especialista

en:.....Matricula

Nº:.....recomienda reposo por.....días.

En función de lo descripto y en cumplimiento con la normativa vigente en especial la Resolución 3013/2015 y su rectificatoria 049/2015 de la DGE dejo constancia de haber notificado en forma fehaciente a los adultos responsables del adolescente en situación de enfermedad los: objetivos y características generales de la Modalidad; como así también las responsabilidades del estudiante y los padres para la prestación efectiva de la Modalidad.

-Hasta que se apruebe la prestación del SEDyHNS la Escuela de Origen garantizará la continuidad de los aprendizajes, en función de una planificación estratégica y con los medios que disponga la institución, (correo electrónico, guías de estudio, trabajos prácticos, redes sociales, plataformas virtuales, etc.). La calificación del trimestre será responsabilidad de la institución (la Escuela Referente a través del SEDYHNS o la Escuela de Origen) que registre la mayor cantidad de asistencia del estudiante durante el trimestre en curso de acuerdo a la Resolución N° 3013.

-Por otro lado la escuela asume la tarea de diseñar estrategias para acompañar los procesos de aprendizaje de los estudiantes en aquellos espacios curriculares que no cubre el servicio domiciliario, a fin de evitar que la trayectoria escolar del alumno quede incompleta.

El Servicio de Orientación frente a un alumno que ingresa a Primer Año del Nivel Secundario y continuará por su situación de enfermedad en el servicio educativo domiciliario y hospitalario debe comunicarse inmediatamente con la Escuela Domiciliaria o Servicio Educativo Domiciliario y Hospitalario del Nivel Primario donde ha sido escolarizado hasta el momento y debe solicitar (*vía mail y formato papel*) la siguiente documentación:

- 1- Legajo del alumno.
- 2- Informe pedagógico del docente de 7mo grado. (Planilla P11 Informe Pedagógico de la MEDYH).
- 3- Informe del Equipo Técnico de la Escuela Domiciliaria

Aprobado la implementación de la Modalidad la escuela las Escuelas de Origen dispondrán de recursos humanos, materiales y organizacionales para dar cumplimiento a las finalidades y objetivos propios de la modalidad. Es decir se trabajará de manera articulada con la Escuela Referente, garantizando la prestación del SEDyHNS.

Los alumnos pertenecientes a Educación Privada no abonaran su cuota escolar mientras se le brinda el servicio-educativo domiciliario y hospitalario en la Modalidad.

LA ESCUELA DE ORIGEN DEBE ENCARGARSE DEL PROCESO Y EVALUACIÓN DE LOS ESPACIOS CURRICULARES DEL ÁREA ARTÍSTICA Y AQUELLOS QUE NO SEAN ABORDADOS DESDE LA MODALIDAD.

Sin nada más que agregar.

Firma Directivo.

Sello de la Escuela



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



ANEXO II

FORMULARIO N° 1B: SOLICITUD DE SERVICIO EDUCATIVO DOMICILIARIO POR ADULTOS RESPONSABLES

Escuela de Origen: N°.....Nombre:

Domicilio:.....Teléfono.....

Correo Electrónico:.....Sede de Supervisión:.....

Dirección de Línea:.....

SOLICITUD DE SERVICIO EDUCATIVO DOMICILIARIO POR ADULTOS RESPONSABLES

En Mendoza a los.....días del mes de.....del 2018, quien suscribe.....DNI.....Adulto Responsable del alumno/a.....DNI:solicita a la Autoridad de la Escuela de Origen la gestión del Servicio Educativo Domiciliario y Hospitalario para el adolescente a mi cargo ya que el/la mismo/a presenta (diagnóstico):.....con.....días de reposo.

A continuación detallo referencia del domicilio para la prestación del SEDyH en caso de aprobarse:

Domicilio:.....N°.....Barrio:.....

Teléfonos (fijo y celular):.....

Localidad.....Departamento:.....

Referencias:.....

Transporte Grupo de Colectivos.....Interno:.....

POR OTRO LADO CUMPLO EN TOMAR CONOCIMIENTO Y NOTIFICARME DE:

-DE LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES

*El padre, madre o tutor del alumno/a tendrá a su cargo la responsabilidad de presentar toda la documentación que solicite la Escuela de Origen y la Escuela Referente para realizar el procedimiento administrativo de ingreso, ajustándose a los requisitos establecidos.

*En el momento del ingreso administrativo, el adulto responsable se notificará de la presente reglamentación y de las normas internas de funcionamiento de la institución comprometiéndose a encuadrarse a las mismas.

*En el domicilio durante el dictado de clases siempre deberá permanecer un adulto responsable del alumno.

*Facilitaran la tarea de visita a los domicilios del Coordinador Referente y de los Servicios de Orientación de las Escuelas para el relevamiento de las condiciones aptas para el dictado de clases y acompañamiento de la labor docente.

*Aseguraran la presencia del alumno en el domicilio o efector de salud informado al momento del ingreso. Respetar el horario acordado del dictado de clases con el docente o tutor, cualquier modificación al respecto deberá comunicarse anticipadamente al docente.



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E' mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar

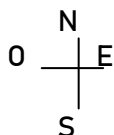
- *Garantizará las condiciones mínimas de seguridad, espacio, higiene y clima de trabajo educativo.
- *Firmarán siempre la planilla de asistencia del docente al domicilio
- *Proporcionarán al alumno todos los útiles y elementos que sean necesarios para el desarrollo de la tarea escolar.
- *Podrán solicitar información acerca del desempeño del alumno cuando haya finalizado el horario de clase.
- *Atenderán a las indicaciones o sugerencias del docente que hacen al mejor rendimiento del escolar.
- *Podrán solicitar reuniones con el docente, el directivo y/o el Servicio de Orientación para realizar observaciones o recomendaciones relativas al proceso de enseñanza-aprendizaje o a la situación de enfermedad de su hijo/a o menor a cargo.
- *Ante la eventualidad de indisposición de los alumnos por razones de salud, turnos médicos u otras situaciones que puedan impedir el inicio de la clase, el adulto responsable dará aviso de inmediato al docente y a la escuela sobre esta novedad, para facilitar la reorganización del horario semanal del docente.

-DE RESPONSABILIDADES DE LOS ESTUDIANTES

- *El estudiante deberá estar preparado en tiempo y forma con todos los útiles y elementos escolares para recibir el servicio educativo por parte del docente.
- *El estudiante nunca perderá su condición de alumno regular de su Escuela de Origen ni los derechos adquiridos en ella, relativos a matriculación, participación en la elección o condición de abanderado o escolta, etc., por lo que, en la medida de sus posibilidades, cumplirá con las responsabilidades que ello implica.
- *Deberán cumplir con el Régimen Académico establecida regulación vigente, en el marco de las adaptaciones definidas en la presente resolución.

El incumplimiento de las anteriores responsabilidades podrá ser causa del levantamiento temporal o definitivo del servicio educativo.

Adjunto a la presente certificado médico y croquis con ubicación del domicilio:



.....
Firma- Aclaración- D.N.I



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



FORMULARIO N° 2

COMPARATIVO PARA ASIGNAR HORAS DE CLASES CONFORME A PLAN DE ESTUDIO Y RESOLUCIONES SEDYHNS

ESCUELA DE ORIGEN: N° ""

ESCUELA REFERENTE: N° ""

ALUMNO/A:

Curso: año.

DNIN°:

Ciclo Básico u Orientado:

RESOLUCIÓN PLAN DE ESTUDIOS N°:/DGE/.....

Necesidad del SED por un término de: días.

INICIA SEDyHNS:

Diagnóstico:

	ESCUELA DE ORIGEN		ESCUELA DOMICILIARIA		Profesor/a	Alta	Baja	Carga Horaria		
	Espacios Curriculares	Carga Horaria	Espacios Curriculares	Carga Horaria				Virtual	Frente alumno	Hora reloj= 30 min
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
				Total de Horas:						

Nota: (Indicar espacios a cargo de la Escuela de Origen). NOTA INICIO TRÁMITE RECIBIDA DÍA: .../.../18
del 1° certificado: .../.../18 Vence: .../.../18

CERTIFICADOS MÉDICOS: Fecha



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA
Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E' mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



FORMULARIO N° 3
INFORME DE DERIVACIÓN PSICO-SOCIO-PEDAGÓGICO DEL SERVICIO DE ORIENTACION
A-INFORME ESCOLAR

- **N° y NOMBRE DE ESCUELA:**
- **ALUMNO/A:**
- **DNI:** - **FECHA DE NACIMIENTO:** .../.../... **CURSO:** **DIVISIÓN:** ...
- **DOMICILIO:** - **TEL:**
- **DIRECTOR/A:** **FECHA DE EMISIÓN INFORME:** .../.../...
- **PROFESIONAL/S DEL SERVICIO DE ORIENTACION INTERVINIENTE:**

B-MOTIVO DE DERIVACIÓN (*características personales del alumno/a., descripción de las manifestaciones conductuales, aspectos relevantes y significativos que justifiquen la derivación*).....

C-DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR.(*estructura familiar, vínculos establecidos , problemáticas presentadas, clima familiar, etc.*).....

D-SALUD (*diagnósticos;* *tratamientos* *medicación;*
etc.).....

E-TRAYECTORIA ESCOLAR

- Rendimiento del año en curso: *Descripción del mismo especificando fortalezas - dificultades en el aprendizaje.*



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA
Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E' mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar

- Descripción sobre las relaciones interpersonales-grupales que el/la alumno/a establece con pares.

- Vínculos establecidos con docentes a nivel áulico.

- Vínculos establecidos con Preceptores y Directivos.

- Adaptación a las normas de convivencia institucional.

F-MENCIONAR LAS ACCIONES REALIZADAS POR EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN FRENTE A LA PROBLEMÁTICA PLANTEADA ANTE DE INCLUIRLO EN LA MODALIDAD (estrategias, acciones, trayectorias diferenciadas, etc.) Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS.

H-FUNDAMENTAR LAS POSIBLES CAUSAS DE INCLUIR AL ALUMNO/A EN LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA. (Los motivos que le IMPIDEN asistir a la escuela).

(*)SELLO Y FIRMA Y ACLARACION (*) -SELLO, FIRMA Y ACLARACION DEL DIRECTIVO PROFESIONAL /ES DEL S.O.P.



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E' mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar

FORMULARIOS

***A COMPLETAR POR LA ESCUELA
REFERENTE.***



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



FORMULARIO N° 4. A. HORARIO DE CLASES
(GENERAL) CONSIGNAR ESPACIO CURRICULAR Y DOCENTE

Alumno/a: Curso y división:
Escuela Origen: Escuela Referente:
Inicio del SED: Finalización del SED:

TURNO MAÑANA (los horarios se consignan a modo de ejemplo)

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1° HORA					
8 a 9hs					
2° HORA					
9 A 10hs					
3° HORA					
10 a 11hs					
4° HORA					
11 a 12hs					
5° HORA					
12 a 13 hs					



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA
Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar

TURN0 TARDE (los horarios se consignan a modo de ejemplo)

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1º HORA 14.30 A 15.30hs					
2º HORA 15.30 a 16.30hs					
3º HORA 16.30 a 17.30hs					
4º HORA 17.30 a 18.30hs					
5º HORA 18.30 a 19.30hs					





FORMULARIO N° 4. B. ÍNDICE

(General por Espacios Curriculares y Docentes con N° de páginas)

Espacios Curriculares	Docente	Pág.
.....		Pág. N°
.....		Pág. N°
.....		Pág. N°
.....		Pág. N°
.....		Pág. N°
.....		Pág. N°
.....		Pág. N°
.....		Pág. N°



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



FORMULARIO N° 4. C.

REGISTRO LIBRO DE TEMA Y ASISTENCIA DE DOCENTE CON FIRMA DE PADRES (por Espacio Curricular)

Apellido y nombre:

Curso y División:

ESPACIO CURRICULAR:

CICLO LECTIVO 2018.

Inicio de clases SEDYHNS/...../.....

Finalización...../...../.....

Fecha	Horario de clases	Carácter de la clase	Bloque/ Eje N°	Tema	Actividad propuesta	Firma del docente	Firma de padre/madre/tutor o encargado



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298

Teléfono: +54 0261 4492711- E' mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



FORMULARIO 4. D. LIBRETA DEL PROFESOR/A

ESPACIO CURRICULAR: ESCUELA ORIGEN:
 CURSO Y DIV: PROFESOR/A: CICLO LECTIVO 2018
 Fecha de ingreso a SEDYHNS: / / Fecha de alta a SEDYHNS: / /
 ALUMNO/A:

1º TRIMESTRE						2º TRIMESTRE						3º TRIMESTRE											
NP1	NP2	NP3	NP4	NP5	Calificación 1er. trimestre	NP1	NP2	NP3	NP4	NP5	Calific. 2do trimestre.	NP1	NP 2	NP3	NP 4	NP5	Promedio proceso.	Examen integrador	Total 3er. Trimestre.	Promedio Final..	DICIEMBRE	FEBRERO	CALIF DEFINITIVA

Ref. (Notas Proceso) Indicar instrumento

NP1 NP3..... NP5.....
 NP2 NP4.....



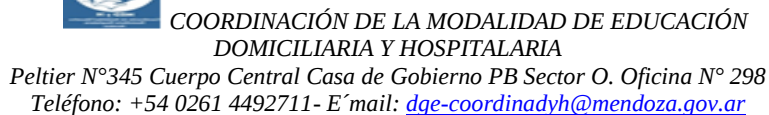
COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
 DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA
 Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
 Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar

ANEXO II

FORMULARIO 5 A

PLANILLA DE CALIFICACIONES DEL ALUMNO A SER INFORMADA DESDE ESCUELA REFERENTE A SUPERVISIÓN - DIRECCIÓN DE LÍNEA - ESCUELA DE ORIGEN

ESCUELA DE ORIGEN:.....										COORDINADOR REFERENTE:										CICLO LECTIVO 2018		
CURSO Y DIVISIÓN:.....																						
Fecha de ingreso a SEDYHNS:/...../.....										Fecha de alta a SEDYHNS:/...../.....												

[illegible]



**FORMULARIO N°5 B- INFORME PEDAGÓGICO-SEDYHNS
PARA SER ELEVADO A ESCUELA DE ORIGEN.
I-DATOS PERSONALES**

- Nombre y Apellido del alumno:.....
- Patología y /o diagnóstico preciso.....

II- DATOS ESCOLARES.

- Período transcurrido en el Servicio Educativo Domiciliario y Hospitalario: Desde:...../...../.....Hasta:/...../.....
- N° y Nombre de Escuela Referente:..... - N° y Nombre de Escuela de Origen:.....
- Curso y división:.....
- Modalidad y Orientación de la Escuela de Origen:.....
- Año lectivo:..... Espacio Curricular/es:.....
- Nombre y Apellido del Profesor o Tutor: - Perfil del profesor:.....

III-

EJE	Tiempo (período en que se desarrolla cada eje- Trimestre	CAPACIDADES desarrolladas	SABERES enseñados	ACTIVIDADES de aprendizaje: secuencia en complejidad creciente pertinente al procedimiento que se busca en el saber enunciado.	EVUALUACIÓN: criterios e instrumentos.
1					
2					
3					

OBSERVACIONES DEL DOCENTE (consignar *las dificultades presentadas, ritmo de aprendizaje, la actitud del alumno frente al aprendizaje, el clima reinante durante los encuentros docente-alumno, etc.*).....

Firma del docente o tutor del SEDYHNS

Firma del Director de la Escuela Referente.

Firma de Referente del SEDyHNS



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA
Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



ORIENTACIONES SOBRE EL COMPLETAMIENTO DEL INFORME PEDAGÓGICO

El informe pedagógico tiene como finalidad comunicar a la Escuela de Origen del estudiante que ha transitado por el Servicio Educativo Domiciliario como ha sido el proceso de enseñanza-aprendizaje (*las dificultades presentadas, ritmo de aprendizaje, la actitud del alumno frente al aprendizaje, el clima reinante durante los encuentros docente-alumno, etc.*), que capacidades a desarrollado este alumno, los saberes apropiados, los procedimientos desarrollados para la apropiación de esos saberes y los instrumentos de evaluación utilizados por el docente durante el período transcurrido en el servicio Educativo Domiciliario/Hospitalario. Dicha información será de vital importancia para el docente de la escuela de origen a fin de poder realizar una adecuada adaptación al sistema regular de cursado, teniendo en cuenta los logros obtenidos y los obstáculos presentados (informados en dicho informe).

-CAPACIDADES A DESARROLLAR POR EL ESPACIO CURRICULAR:

Son entendidas como saberes complejos que permiten hacer. La capacidad comprende diversos procesos cognitivos y diversos procedimientos, que una vez internalizados, permiten al sujeto realizar determinadas tareas. Por lo tanto, la formación de capacidades integra los aspectos de tipo intelectual, práctico, social, comunicativo, político, expresivo, ético, estético, entre otros. Supone la articulación entre la apropiación del conocimiento y el desarrollo de habilidades de pensamiento: solución de problemas, creatividad, metacognición; de un saber, un saber hacer y un saber explicar lo que se hace.

Hacen referencia al saber hacer alcanzado por el estudiante al finalizar el proceso de aprendizaje durante el período escolar. Esto implica que no estamos hablando de una matriz de reproducción mecánica de contenidos, sino de la capacidad de transferir y poner en juego los conocimientos adquiridos en su contexto cotidiano.

-SABERES:

El conjunto de saberes o formas culturales cuya asimilación y apropiación por los alumnos se considera esencial para su desarrollo y socialización (cuando hablamos de saberes entendemos por tal la “integración dinámica” de procedimientos, conceptos y su transferencia al contexto social inmediato del estudiante; es decir el para qué de los mismos. Tomar como referencia el Diseño Curricular Preliminar Ciclo Básico Educación Secundaria 2014.

-IMPORTANTE: Se recuerda que a partir del momento en que el docente domiciliario inicia su tarea, cuenta con total autonomía profesional acerca del modo en que serán abordados los diversos contenidos y la manera en que serán evaluados. Por lo tanto, desde la responsabilidad que le encomienda la modalidad en el cuidado de la trayectoria escolar del alumno y la continuidad de los aprendizajes con miras al reingreso a la escuela, no ajustará su práctica educativa para emitir una copia fiel de la situación áulica de origen. Él define el camino a seguir con su alumno a partir de las señales que éste presente, elige los modos de enseñar, prepara oportunidades de aprendizaje. Modifica los tiempos de atención educativa en función de la sintomatología física o anímica que surja. Establece objetivos, selecciona y secuencia contenidos, propone actividades, materiales didácticos adaptados a cada situación y evalúa en forma permanente el proceso de aprendizaje.



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E' mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



FORMULARIO N°5 C-
INFORME DEL DESEMPEÑO DOCENTE DEL SEDYHNS
(a completar por el coordinador referente).
(ELEVAR A DIRECCIÓN DE LÍNEA Y COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD).
MARCAR CON UNA X (CRUZ) Y COMPLETAR LA COLUMNA DE OBSERVACIONES.

- N° y Escuela Referente:.....Coordinador Referente:.....
 -Espacio curricular:.....
 -Cantidad de alumnos a cargo del: Profesor o Tutor:.....
 - Nombre y Apellido del Profesor o Tutor:.....
 -Fecha de alta del Profesor o Tutor: Fecha de baja del profesor o Tutor:.....

INDICADORES DE ANÁLISIS .	SI	NO	OBSERVACIONES. (explicitar información que considere relevante).
• <i>Organizó y cumplió adecuadamente los horarios con la familia del alumno/a.</i>			
• <i>Elaboró y presentó reajustes de planificación teniendo en cuenta patología y tiempos de cursado.</i>			
• <i>Informó al Coordinador Referente alguna dificultad planteada por parte del alumno/a a nivel pedagógico y social.</i>			
• <i>Informó al Coordinador Referente alguna dificultad planteada por parte del alumno/a en cuanto a la patología y tratamiento médico..</i>			
• <i>Presentó en tiempo y forma las calificaciones del alumno/a. Formulario 4D.</i>			
• <i>Presentó en tiempo y forma el formulario 5B - (Informe Pedagógico).</i>			
• <i>Desarrolló alguna estrategia y/o actividad innovadora para sus clases.</i>			
• <i>Ha presentado dificultades e inconvenientes al momento de asistir al domicilio de los alumnos/as.</i>			
• <i>Utilizó variados instrumentos de evaluación para las instancias de proceso y examen integrador.</i>			
• <i>Ha logrado la articulación con los docentes de la escuela de origen del alumno/a.</i>			



• <i>Utilizó las tics en la implementación de sus clases.</i>			
• <i>Ha logrado articular pedagógicamente con otros docentes de la Modalidad.</i>			

NOTA: *Elaborar el Análisis del docente una vez finalizado su tarea en la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria y elevarlo en formato digital a las Referentes Técnicas de cada Dirección de Línea y a la Coordinación de la Modalidad.*

.....
Firma del Directivo de la Escuela Referente

.....
Firma del Coordinador Referente. SEDYHNS.

.....
Fecha y Sello de la Escuela Referente.



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



FORMULARIO N° 6: AUTORIZACIÓN DE AUMENTO DE CARGA HORARIA DEL COORDINADOR REFERENTE DEL SEDYHNS

- SUPERVISIÓN N°:.....
- ESCUELA REFERENTE N°: NOMBRE:
- NOMBRE Y APELLIDO DEL COORDINADOR REFERENTE:
- CANTIDAD DE HORAS A LA FECHA:
- CANTIDAD DE ALUMNOS CON SERVICIO EDUCATIVO DOMICILIARIO:
- DATOS PERSONALES DE LOS ALUMNOS:

N°	NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO	CURSO Y DIVISIÓN	ESCUELA DE ORIGEN	FECHA DE ALTA	FECHA DE BAJA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

.....
Firma y sello del Directivo de la Escuela Referente

CANTIDAD DE HORAS AUTORIZADAS A DAR DE ALTA:
FECHA DE ALTA DE HORAS AUTORIZADAS:/...../.....

Firma de Autorización de la Dirección de Línea
.....



ANEXO III:

INFORME PROFESIONAL PARA DERIVACIÓN A EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA.

Escuelas de Origen del alumna/o.



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



ANEXO III FORMULARIO N° 7 A

ESCUELA N° NOMBRE DE LA ESCUELA:

FORMULARIO MÉDICO
INGRESO A EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA
 (El presente formulario consta de 2 páginas con las instrucciones para completar, es de carácter orientativo para facilitar la labor médica y futuro abordaje educativo)

A- DATOS PERSONALES:

-DATOS:

-Apellido y Nombres del Alumno/a:

-Fecha de nacimiento:-Edad:..... Sexo:.....

- D.N.I.:.....

B- DIAGNÓSTICO (específico o presuntivo).....

C- TIPO DE TRATAMIENTO

D- TIEMPO ESTIMADO DE REPOSO DOMICILIARIO QUE NO LE PERMITA AL ALUMNO/A TRASLADARSE A LA ESCUELA: (INDICAR LOS DÍAS DE REPOSO SOLICITADOS).....

E- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

MENDOZA, de de 2018.

El SEDyHNS no se brinda a los alumnos con patologías infecto- contagiosas.
 En ese caso la escuela deberá arbitrar los medios o estrategias necesarias para que el alumno afectado continúe con su trayectoria escolar.

.....
 Firma y Sello del Médico
 Nombre del Centro de Salud, Hospital o Institución.



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298
 Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



INSTRUCCIONES PARA COMPLETARLO

(Por favor: completar con letra clara)

- A) Datos personales completos y de escuela de origen, si se conocen.
- B) Diagnóstico específico o presuntivo en el caso de alumnos/as que estén en proceso de diagnóstico o tratamiento.
- C) Especificar brevemente el tipo de tratamiento, pronóstico y duración del mismo. En el caso que ya se haya establecido un diagnóstico.
- D) **IMPORTANTE:** El servicio educativo sólo se brindará si se consignan 30 días de reposo COMO MINIMO y con la justificación médica de que está imposibilitado de asistir o permanecer en la escuela. Si se extiende el plazo de reposo se renovará el mismo solamente en forma TRIMESTRAL. (Se arbitrarán todos los medios para que el alumno/a pueda retomar sus actividades escolares habituales lo antes posible para que no se vea afectada su trayectoria educativa)
- E) Se determinarán las observaciones, recomendaciones y/o precauciones oportunas desde el punto de vista médico para tener en cuenta en su abordaje educativo.

Ejemplo: uso de barbijo, medicación, restricciones alimentarias, restricciones físicas y/o de movilidad, contacto social, aspectos conductuales, cognitivos y/o psiquiátricos a considerar.

Contactos de interés (por dudas y sugerencias):

Coordinación de Modalidad Educativa Domiciliaria y Hospitalaria (MEDyH)

Teléfono: 0261-4492711

e-mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298

Teléfono: +54 0261 4492711- E´mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



ANEXO III
FORMULARIO N° 7B

ESCUELA N° NOMBRE DE LA ESCUELA:

FORMULARIO DE EQUIPO DE SALUD MENTAL
INGRESO A EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA
LOS ALUMNOS QUE INGRESAN A LA MODALIDAD CON UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO DEBE
SER RENOVADO EL CERTIFICADO MÉDICO CADA 30 DÍAS SIN EXCEPCIÓN.

A- DATOS PERSONALES:

-Apellido y Nombres del Alumno/a:
-Fecha de nacimiento: / / - Edad: Sexo:
- D.N.I.:

B- DIAGNÓSTICO (presuntivo o definitivo)

C- TIPO DE TRATAMIENTO ESPECIFICANDO INTERVENCIONES NECESARIAS Y FRECUENCIAS DE LAS MISMAS.

D- FUNDAMENTAR LOS MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA SEGÚN EL DIAGNÓSTICO QUE PRESENTA:

E- ESPECIFICAR MEDICACIÓN:

F-TIEMPO DE
REPOSO

G- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL DOCENTE:

MENDOZA, de del 2018

.....
Firma y Sello de los Profesionales.
Nombre del Centro de Salud, Hospital o Institución

Contactos de interés (por dudas y sugerencias):

Coordinación de Modalidad Educativa Domiciliaria y Hospitalaria (MEDyH)

Teléfono: 0261-4492711

e-mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298

Teléfono: +54 0261 4492711- E-mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar



FORMULARIO N° 8

INFORME PROFESIONAL PARA DERIVACIÓN A EDUCACIÓN HOSPITALARIA
Resolución N° N°2953-15 -DGE y 3013-15-DGE y su Rectificatoria N°0449-16-DGE

ALUMNOS HOSPITALIZADOS.

(Por favor: Completar en letra clara)

A- DATOS PERSONALES.

- Apellido y Nombres del Alumno: _____
- Edad: _____ D.N.I.: _____
- Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

B- LUGAR Y FECHA DE INTERNACIÓN: -----

C- CAUSA DE LA ENFERMEDAD/ACCIDENTE O CONDICIÓN PATOLÓGICA QUE PRODUCE LA INTERNACIÓN: ----

D- TIEMPO PROBABLE DE INTERNACIÓN: -----

E- TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN QUE RECIBE: -----

F- CONFORMIDAD DEL MÉDICO TRATANTE DE LA INSTITUCIÓN, PARA QUE EL PACIENTE/ALUMNO RECIBA EDUCACIÓN HOSPITALARIA:

G- TIEMPO ESTIMADO DE REPOSO DOMICILIARIO POSTERIOR AL ALTA: -----

H- OBSERVACIONES: -----

MENDOZA, de de 2018

.....
Firma y Sello del Médico

-Nombre del Centro de Salud, Hospital o Institución:

Contactos de interés (por dudas y sugerencias):

Coordinación de Modalidad Educativa Domiciliaria y Hospitalaria (MEDyH)

Teléfono: 0261-4492711 e-mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.a



COORDINACIÓN DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN
DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Peltier N°345 Cuerpo Central Casa de Gobierno PB Sector O. Oficina N° 298

Teléfono: +54 0261 4492711- E-mail: dge-coordinadyh@mendoza.gov.ar