



**CIRCULAR PEDAGÓGICA N° 14/14**

Para: Rectores e integrantes de la Comunidad Educativa

Fecha: Corrientes 07 de mayo de 2014

Me dirijo a usted con el objeto de comunicar el procedimiento administrativo que viene implementando la Dirección de Educación Domiciliaria y Hospitalaria de la Dirección del Nivel Secundario para la designación de los Docentes Tutores Domiciliarios y Hospitalarios:

- El equipo técnico de la Modalidad cuenta con un Registro de Postulantes, por zona, para ejercer como Docente Tutor Domiciliario u Hospitalario, priorizando el orden de mérito acorde a la capacitación en el desempeño profesional docente referente a la modalidad, correspondiente al año 2013.
- Los Docentes Tutores Domiciliarios y Hospitalarios dependen de la dirección de Educación Domiciliaria y Hospitalaria que se encuentra localizada en el Ministerio de Educación sito en la calle Rioja 665 3° piso.
- Las designaciones de los Docentes Tutores están supeditadas a una carga horaria correspondiente a horas cátedras comunes que posee la Modalidad del Nivel Secundario en la cual se evalúan las ~~propiedades~~ laborales.
- ~~Posteriormente~~ **Posteriormente**, se realiza un anteproyecto de designación para ~~atención~~ **atención** pedagógica – domiciliaria de 1(uno) a 3(tres) alumnos

Pellegrini 912. Tel: 3794 424414 W3400 Corrientes.



**Gobierno  
Provincial**

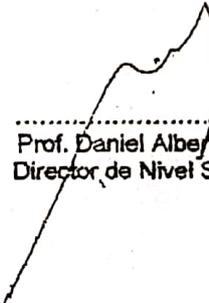
Ministerio de  
Educación

Dirección de  
Nivel Secundario

acreditado por Resolución Ministerial siendo notificado el Docente,  
propuesto.

- Toma de posesión del Docente Tutor propuesto.
- El Equipo Técnico – Pedagógico orientará y asesorará al Docente Tutor, en la elaboración e implementación del Proyecto Educativo Personalizado y en la implementación de los Circuitos Administrativos Pedagógicos, realizando un monitoreo permanente de las acciones que se desarrollan en las Instituciones del nivel.

Se adjunta dispositivo administrativo-pedagógico de la Modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria.



Prof. Daniel Alberto Castelo  
Director de Nivel Secundario

Pellegrini 912. Tel: 3794 424414 W3400 Corrientes.

## I - Documentales de ingreso del Estudiante a la Modalidad Domiciliaria y Hospitalaria

### 1- Ficha personal del Estudiante para el Trayecto Escolarizado de la Modalidad

#### *Datos generales del Estudiante:*

Apellido y Nombre:.....  
Fecha y Lugar de nacimiento:..... Sexo..... Edad:.....  
DNI:.....  
Domicilio:..... Barrio:.....  
Correo Electrónico:..... TEL:.....  
Zona urbana o rural:.....  
Distancia Aproximada del Domicilio y/o efector de Salud, al Colegio de Origen:.....  
Localidad:.....  
Departamento:.....  
Colegio de referencia:.....  
Año:..... División:..... Turno:.....  
Docente Tutor Domiciliario/a u Hospitalario/a:.....  
DNI:.....

#### *Datos del Adulto responsable y/o integrantes del núcleo familiar*

Nombre del adulto responsable del alumno:.....  
DNI:..... Edad:.....  
Domicilio:.....  
Barrio:.....  
Correo Electrónico:..... Celular:..... Tel. fijo:.....  
Ocupación:..... Dirección:..... Tel.:.....

#### Otras Personas:

.....  
.....  
.....  
.....

### 2-Ficha clínica del ciclo evolutivo de la enfermedad

Datos sobre la situación de enfermedad:.....  
Diagnóstico:.....  
Transitando el tratamiento de:(rehabilitación, diálisis, rayos, otros.).....  
Tiempo probable de reposo:.....  
Otros datos de interés:.....  
Médico de cabecera. Datos: Etc.....  
Certificado Médico particular o Historia clínica avalado por Ministerio de Salud Pública:  
Docente Tutor que realiza la entrevista:.....  
Fecha de entrevista..... Hora.....

.....  
Firma

.....  
Aclaración del Adulto Responsable

### 3-Situación Académica

Colegio:.....  
Dirección:.....  
Teléfono:..... Correo Electrónico:.....  
Rector/a:.....  
Vice Rector/a:.....  
Correo Electrónico:.....  
Nombre de los Profesores de distintas áreas:  
.....  
.....  
.....

Alumno/a:.....  
Año:..... División:..... Turno:.....  
Fecha de ingreso a la Modalidad:.....  
Fecha de Alta Médica:.....  
Docente tutor Domiciliario y Hospitalario asignado:.....  
Área pedagógica de mayor dificultad:.....  
Área pedagógica de menor dificultad:.....  
Adecuaciones Curriculares:.....  
Si ha repetido algún año: Si-No. Cual-es ?.....

### II- Documentales de Asignación del Docente Tutor de la Modalidad Domiciliaria y Hospitalaria

#### *Datos generales del Docente:*

Apellido y Nombre.....  
D.N.I.:.....  
Localidad:.....  
Domicilio:..... Barrio:.....  
Correo Electrónico:..... Celular:.....  
Titulo Docente:.....  
Otorgado por:.....  
Registro en el departamento de Personal de la Dirección de Nivel Secundario:  
Nº de Legajo:.....  
Registro de aspirantes a la Modalidad Domiciliaria y Hospitalaria Nº de  
inscripto:..... en la Zona Educativa.....  
Fecha de Alta:..... Fecha de Baja:.....  
Estudiante asignado  
Apellido y Nombre:..... Localidad:.....  
Otros Estudiantes a cargo:.....  
Fecha de instancia informativa y asistencia técnica desde el E.T.C. al Docente tutor  
designado:.....

.....  
Firma y Aclaración de Prof. Tutor

.....  
Firma y Sello de la  
Directora

### III- Documentales de articulación operativa Modelos de dispositivos administrativos para celebrar acuerdos

..... de ..... de 2017

#### Acta acuerdo con la Institución Educativa de origen

En el día de la fecha se realiza un acuerdo entre la Institución educativa ..... sito en ..... del alumno ..... DNI: ....., quien presenta la siguiente situación de enfermedad ..... y el profesor tutor ..... DNI ..... de la Modalidad Domiciliaria y Hospitalaria ubicado en calle Rioja N°665, quien se encargará de brindar el Trayecto escolarizado por el periodo del cursado académico correspondiente al:

Plan A  (Periodicidad Mensual) Plan B  (Periodicidad Trimestral) Plan C  (Periodicidad Anual)

Las partes coordinarán las sanciones que permitan su implementación, celebrando en consecuencia el presente acuerdo, que se registrá bajo las siguientes cláusulas:

1º) Concretar la pronta integración del alumno/a dependiendo del ciclo evolutivo de la enfermedad.....

2º) EL Alumno contará con un proyecto personalizado con contenidos propios de la Institución de referencia, supervisados por el equipo técnico de la modalidad compuesto por Profesores disciplinares de las distintas áreas y/o generalistas (Psicólogos, Psicopedagogos, etc.). Los mismos provenientes de Enseñanza Media y a su vez supervisados por la Coordinadora de la Modalidad Sandra Carbajal, Referente Laura Guerra y Directora Provincial la Sra. Silvia Cabrol.

3º) Los Profesores hospitalarios y domiciliarios elevarán informes al colegio de referencia del alumno (los docentes domiciliarios y hospitalarios cuentan con quince día de gracia para presentar los informes de acuerdo a cada situación de enfermedad).

4º) Se encomienda que por intermedio de circular interna se comprometan y se notifiquen los docentes involucrados a hacer entrega de los contenidos, actividades y evaluaciones pedagógicas a fin de agilizar la tarea de los actores intervinientes. A su vez el equipo Técnico Pedagógico de la Modalidad Domiciliaria y Hospitalaria realizará las readecuaciones curriculares que correspondan según la situación del ciclo evolutivo de la enfermedad que amerite el alumno, ya que por las mismas características se trabajará en cada caso de manera personalizada.

5º) Las Instituciones involucradas se comprometen a garantizar la continuidad educativa durante el periodo en que se halle en situación de enfermedad hasta el alta médica.

6º) La institución escolar se compromete a reconocer académicamente las certificaciones emitidas y avaladas desde la Dirección de la modalidad. Las mismas son las siguientes:

Parciales: Constancias de aprobación de itinerarios formativos mensuales y o trimestrales correspondientes a planes de estudio de Educación Secundaria vigentes.

Finales: Constancias de aprobación de un ciclo lectivo completo correspondiente a la promoción de un curso del desarrollo, la estructura citada y graduada, de los planes de estudio de educación secundaria vigentes.

7º) Evaluación y monitoreo de la implementación de los itinerarios formativos escolarizados en contexto domiciliario y hospitalario desde el Equipo Técnico.

8º) Si el alumno reincide en situación de enfermedad luego de la culminación de algunos de los planes cursados, automáticamente se lo incluirá en otro periodo del mismo u otro plan según ciclo evolutivo de la enfermedad por el médico cabecera para mantener la regularidad de su trayectoria escolar dentro de la modalidad.

Quedando en conformidad de lo antes citado siendo las.....horas, firman al pie los presentes.

## ACTA ACUERDO CON EL ADULTO RESPONSABLE Y DOCENTE DOMICILIARIO DEL ESTUDIANTE

..... de..... de 2017

En el día de la fecha realizan un acuerdo el/la Docente/a.....  
D.N.I. nº.....y el/la Adulto responsable..... D.N.I.  
..... del estudiante.....DNI:.....,quien  
presenta la siguiente situación de enfermedad..... Y  
corresponde al Plan ..... en su trayecto escolarizado de la Modalidad.

Las partes coordinarán las sanciones que permitan su implementación, celebrando en consecuencia el presente acuerdo, que se registrá bajo las siguientes cláusulas:

- 1) Propiciar un espacio físico donde la tarea escolar no se vea interrumpida ni interrumpa las actividades cotidianas de la familia o entorno. Dicho espacio deberá contar con la higiene necesaria para garantizar un trabajo dentro de condiciones de salubridad adecuadas tanto para el profesor como para el alumno.
- 2) Garantizar la presencia de un adulto responsable para el ingreso y mientras dure la permanencia del profesor en el domicilio u hospital, designar a personas que estarán en su reemplazo en el caso de no encontrarse por otras cuestiones, caso contrario, el profesor estará autorizado para retirarse del mismo.
- 3) Comunicar al Colegio con la mayor antelación posible, si hubiera modificación en el estado de salud del alumno-a, inasistencias, cambio de domicilio, etc.
- 4) Posibilitar que el alumno-a continúe adecuadamente con el proceso de aprendizaje. Por tal motivo se deberá respetar días y horarios y las actividades pautadas por el Profesor Tutor Domiciliario u Hospitalario generando en el alumno la buena predisposición para el trabajo a fin de obtener un rendimiento escolar satisfactorio.
- 5) Consignar en la planilla de asistencia, fecha y horario de entrada y salida del Profesor Tutor, firmando la misma.
- 6) Dejar constancia de cualquier situación irregular y comunicar a la autoridad inmediata.
- 7) Con que recursos materiales podemos contar dentro del domicilio para trabajar de forma pedagógica, enumerar los mismos.
- 8) El Profesor Tutor concurrirá los siguientes días:.....a impartir pedagogía (serán flexibles los mismos, según el ciclo evolutivo de la enfermedad del alumno)
- 9) Los horarios establecidos para la atención pedagógica serán:.....
- 10) En la primer visita el Profesor tutor le tomara al alumno una evaluación diagnostica sobre los conocimientos o saberes previos. Según nivel curricular del mismo.
- 11) En caso de haber alguna modificación en días y horas de atención, las partes deberán comunicar con antelación.

Quedando en conformidad de lo antes citado siendo las.....horas firman al pie los presentes.

#### **IV. Modelo del Proyecto Educativo Personalizado de la Modalidad Educativa Domiciliaria y Hospitalaria**

Se tendrá en cuenta como punto de partida, la especial situación en la que se encuentra el alumno: alejado de su ambiente familiar, pero con las mismas inquietudes y el mismo proceso educativo que cualquier otro alumno escolarizado. De ahí que los criterios metodológicos a seguir sean los siguientes:

- Globalizadores.
- Personalizados.
- Participativos.
- Significativos.
- Motivadores.
- Socializadores.
- Flexibles

Componentes de los Planes de Cursado Académico (Alternativos y-o Complementarios) de los Trayectos Escolarizados.

A-(Periodicidad Mensual) B-(Periodicidad Trimestral) C-(Periodicidad del Estudiante de forma anual).

##### *1-Datos generales del Estudiante:*

###### 1.1 Personales:

Apellido y Nombre:

DNI:

Domicilio:

Barrio:

###### 1.2 Adulto responsable del mismo y relación de parentesco:

Apellido y Nombre:

DNI:

Celular:

###### 1.3 Denominación de la Situación de Enfermedad:

Ciclo Evolutivo:

Fecha posible de Alta:

##### *2- Situación Académica del Estudiante y entorno Educativo en la Modalidad Domiciliaria y Hospitalaria:*

###### 2.1 Colegio de Origen:

Datos de contacto con el Equipo Docente Escolar:

Documentales:

Actas- Acuerdos

Nivel de Cursado:(año/división/curso)

Docente Tutor Responsable: Ámbito Domiciliario y-o Hospitalario

###### 2.2 Espacio Físico Áulico Domicilio del Estudiante y-o Hospital Público.

##### *3- Planificación Curricular de la Intervención Educativa:*

Se elaboraran por Ciclo Lectivo según el Plan correspondiente: (A - B - C)

### 3.1 Objetivos Generales:

- Se elaboraran en cada caso y por estudiante en acuerdo con Equipo Docente de la Escuela de Origen para garantizar al estudiante la continuidad de su trayectoria educativa en el contexto en el que se encuentra según la duración y características evolutivas de la enfermedad.

### 3.2 Objetivos Específicos de Aprendizaje por áreas de Conocimiento:

Se deberán tener en cuenta las Planificaciones Curriculares de la Escuela de Origen por periodo evaluable (Mensual –Trimestral - Anual)

3.3 Organizar los conocimientos en términos de aprendizajes a partir de la elección de los ejes Conceptuales Integradores (Módulos de Aprendizajes de la Modalidad) que constituyen los núcleos conceptuales (en clave de conceptos estructurantes de las disciplinas) por cada espacio curricular.

3.4 Construir las Situaciones Problemáticas por áreas de conocimiento.

3.5 Elaborar actividades de aprendizaje para el abordaje multidisciplinar de las situaciones problemáticas, explicitando los recursos didácticos elegidos adecuados a las particularidades del contexto de la modalidad.

### 4- Temporalidad y Cronograma de Asistencia Educativa:

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
PROF. T					
HORARIOS					

### V -Dispositivos e Instrumentos de Acreditación y Promoción:

5.1 Acta de Acreditación y Promoción por cada Espacio y por período evaluable según corresponda firmado por el Docente Tutor Domiciliario u Hospitalario y el Equipo Técnico Central de la Modalidad Educativa Domiciliaria y Hospitalaria.

5.2 Constancia de validación del Acta de acreditación firmada y avalada por la Dirección de la Modalidad Educativa Domiciliaria y Hospitalaria.

5.3 Comunicación a la Institución Escolar de Origen de las Documentales 5.1 y 5.2.

**CERTIFICACIÓN**

Nombre y apellido del alumno:..... DNI:.....

Escuela de origen:..... Municipio:..... Zona educativa:..

Fecha de ingreso:..... Alta médica: --- Fecha de egreso:.....

Periodo evaluable: PREVIA (4º año-2016)

Ciclo lectivo: 2017

ESPACIO CURRICULAR	Evaluación en proceso		Calificación Definitiva (número y letra)	Equipo técnico curricular de la Modalidad Educación Domiciliaria-Hospitalaria	
	Cuantitativa	cualitativa		Nombre y apellido	Firmas

-----  
Docente Tutor  
Domiciliario  
Hospitalaria-----  
Sup. Técnica Educación  
Domiciliaria y Hospitalaria-----  
Directora de Educación  
Domiciliaria y

**PLANILLA DE ASISTENCIA**

Apellido y Nombre:.....DNI N°.....

Fecha de Nacimiento:.....Edad.....Domicilio:.....

Colegio de referencia:.....

Cursa el.....Año:.....División

Diagnóstico:.....

Apellido y Nombre del Adulto responsable:.....DNI:.....

Fecha de Ingreso:.....Fecha de egreso:.....Trayecto escolarizado:.....

FECHA	HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	FIRMA DEL TUTOR	FIRMA DEL DOCENTE	SELLO

Observaciones:.....

.....

.....  
Firma, aclaración Tutor

.....  
Firma, Sello Prof.

.....  
Firma, Sello de Directora