



Certificación Médica por COVID-19 Exención de Alto Riesgo

Nombre del Estudiante:	Escuela:
------------------------	----------

Exención de certificado médico sobre el regreso a la instrucción en persona

Si un estudiante es identificado para regresar a la instrucción en persona, pero el estudiante o una persona en su hogar tienen una condición médica de alto riesgo según lo definido por los Centros de Control de enfermedades, se necesitara completar una forma de certificación médica.

Este formulario deberá presentarse en la reunión de apelación o enviarse por correo electrónico a la administración de la escuela para requerir la exención de alto riesgo para COVID-19.

Individuo de Alto Riesgo: Los individuos con mayor riesgo de enfermedad grave para COVID-19 son aquellas personas con ciertas condiciones de salud subyacente designadas por CDC, que establece lo siguiente:

Aquellas personas que tienen un riesgo de enfermedad grave, según lo designado por los Centros de Control de Enfermedades (CDC), son aquellos con condiciones tales como el asma, enfermedad pulmonar crónica, sistemas inmunes comprometidos (incluyendo por el tabaquismo, tratamiento oncológico, trasplante de medula ósea o de órganos, deficiencias inmunitarias, HIV o AIDS mal controlados, uso de corticoesteroides, u otros medicamentos para el debilitamiento inmune), diabetes, serias enfermedades cardiacas (incluyendo insuficiencia cardiaca, enfermedades de las arterias coronarias, enfermedad del corazón congénita, cardiomiopatía, e hipertensión), enfermedad renal crónica sometida a diálisis, enfermedad hepática, u obesidad severa o cualquier condición que afecte al estudiante o miembro de familia que el medico determine que es el mejor interés del estudiante o miembro familiar aprender desde el hogar.

Para ser Completado por el Proveedor de Atención Medica

Nombre del Proveedor de Atención Medica: _____

Dirección del Proveedor de Atención Medica:

Tipo de Practica / Especialidad Médica:

Teléfono: _____ **Fax:** _____

1. ¿Tiene el estudiante mencionado una condición médica subyacente considerada enfermedad grave de alto riesgo para el COVID-19 como se determina por CDC y mencionada anteriormente? Si No
2. Si es si, por favor proporcione el diagnóstico medico de la condición subyacente (según lo identificado por el CDC) de su estudiante.



<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	<hr/>
Firma del Proveedor de Atención Medica	Fecha