



Certificación Médica para Exención COVID-19 de Alto Riesgo

Nombre del estudiante:	Escuela:
------------------------	----------

Exención de certificación médica de volver a instrucción en persona:

Si un estudiante es identificado para regresar a la instrucción en persona, pero el estudiante o un individuo en su hogar tiene una condición médica de alto riesgo según lo definido por los Centros para el Control de Enfermedades, se deberá completar un formulario de certificación médica.

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

Individuos con mayor riesgo: Los individuos con mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 son aquellos con ciertas condiciones de salud subyacentes según lo designado por el CDC, que establece lo siguiente:

Las personas que tienen un mayor riesgo de enfermedad grave, según lo designado por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), son aquellas con condiciones de salud como asma, enfermedad pulmonar crónica, sistemas inmunitarios comprometidos (incluso por fumar, tratamiento del cáncer, médula ósea u órganos trasplante, inmunodeficiencias, VIH o SIDA mal controlado, o uso de corticosteroides u otros medicamentos para debilitar el sistema inmunológico), diabetes, enfermedad cardíaca grave (incluida insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad cardíaca congénita, cardiomiopatías e hipertensión), enfermedad renal crónica en proceso de diálisis, enfermedad hepática u obesidad grave.

Para ser completado por el Proveedor de Atención Médica

Nombre del Proveedor de Atención Médica: _____

Dirección del Proveedor de Atención Médica: _____

Tipo de práctica/Especialidad Médica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

- ¿El estudiante nombrado tiene una condición médica subyacente considerada de alto riesgo de enfermedad grave por COVID-19 según lo determinado por los CDC y mencionado anteriormente?
 Sí No
- En caso afirmativo, proporcione el diagnóstico médico de la afección subyacente (identificada por los CDC) de este estudiante.

Firma del Proveedor de Atención Médica

Fecha