



Oficina del Superintendente Estatal de Educación

CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO MÉDICOS DE COVID-19 PARA EL APRENDIZAJE A DISTANCIA; AÑO ESCOLAR 2021-2022

Todos los campos de este formulario son obligatorios. Solo se tendrán en cuenta los formularios con respuestas completas en todos los campos.

** Importante: este formulario solo debe utilizarse para documentar el requerimiento de aprendizaje a distancia en el año escolar 2021-2022 debido a una necesidad médica o de salud del estudiante a casusa del coronavirus (COVID-19). Este formulario no debe utilizarse para solicitudes de enseñanza en el hogar y en el hospital que no estén relacionadas con la COVID-19; para tales solicitudes, consulte la política y los procedimientos para la enseñanza en el hogar y en el hospital de la agencia de educación local.

PARTE I: LA DEBE COMPLETAR EL PADRE/MADRE O TUTOR

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Teléfono _____
Escuela de inscripción _____

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE O TUTOR: Por la presente autorizo a _____ (proveedor de atención médica) y _____ (escuela de inscripción) a discutir, divulgar o intercambiar la información que contiene este formulario o que está relacionada con el mismo, o a divulgar la información de los expedientes educativos y la historia clínica de mi hijo(a) en relación con mi solicitud de inscripción en el aprendizaje a distancia para el estudiante que se mencionó antes debido a la COVID-19. Entiendo que la información que se discuta, divulgue o intercambie puede ser escrita u oral y se discutirá, divulgará o intercambiará con el único fin de determinar si la inscripción en el aprendizaje a distancia es adecuada para el estudiante a quien se hace referencia.

Comprendo que este formulario de certificación médica está sujeto a revisión y verificación por parte de la agencia de educación local o la escuela de mi hijo(a).

Entiendo que el periodo de validez de este formulario de certificación médica será de un semestre académico (o de dos trimestres, para las escuelas con calendario trimestral) durante el año escolar 2021-2022. Si existiera una necesidad médica en curso que amerite el aprendizaje a distancia por más de un semestre, será necesario presentar un nuevo formulario de certificación médica.

Comprendo que la escuela conservará este formulario y toda su documentación de respaldo y brindo mi consentimiento para que se ponga a disposición de la Oficina del Superintendente Estatal de Educación (OSSE, en inglés), auditores externos y otras agencias del Distrito, como la Oficina del Inspector General del DC y la Oficina del Fiscal General del DC, entre otras, mediante solicitud previa y solo con fines de auditoría y verificación.

Entiendo que, en caso de ofrecer una declaración falsa de manera intencionada en esta solicitud o en el material adjunto a la misma, puedo enfrentar un proceso judicial en virtud de la sección 22-2405 del Código Oficial del DC, y podría estar sujeto(a) a una multa de hasta \$1,000, una pena de prisión de hasta 180 días, o ambas.

Nombre del padre/madre/tutor _____ Teléfono _____
Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

PARTE II: CERTIFICACIÓN MÉDICA:
LA DEBE COMPLETAR UN MÉDICO MATRICULADO O ENFERMERO PROFESIONAL

Este formulario debe completarse en su totalidad. Todos los campos son obligatorios y toda la información que se incluya en esta solicitud está sujeta a verificación.

Importante: los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés) han definido una lista de afecciones que hacen que una persona corra un mayor riesgo de sufrir complicaciones debido a la COVID-19. ¹ Los CDC no han definido una lista de afecciones de salud para las que se requiera aprendizaje a distancia. Esta decisión debe tomarse en función del mejor criterio profesional del médico.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela de inscripción _____

CERTIFICO que el estudiante que se menciona tiene la(s) siguiente(s) afección(es) de salud física o mental que REQUIEREN que participe en el aprendizaje a distancia, debido a la COVID-19: _____

Describa de qué manera la(s) afección(es) de salud física o mental mencionada(s) del estudiante REQUIEREN que su participación en el aprendizaje a distancia, debido a la COVID-19: _____

FIRMA DEL MÉDICO O ENFERMERO PROFESIONAL

Nombre del médico matriculado o el enfermero profesional que completó este formulario: _____

Número de identificación de proveedor nacional (NPI, en inglés): _____

Nombre de la especialización: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sello oficial del médico matriculado o el enfermero profesional:

SOLO PARA USO DE LA OFICINA ESCOLAR | Formulario de certificación y consentimiento médicos de COVID-19

Nombre de la autoridad escolar: _____ Firma: _____

Fecha: _____

¹ www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html