



## 州教育厅长办公室 (OSSE)

### 2021-22 学年 COVID-19/冠状病毒远程学习医疗同意书和证明

此表中的所有字段均为必填项。所有字段均完整答复的表格才将予以考虑。

**\*\* 请注意, 此表只能用于记录 2021-22 学年因冠状病毒 (COVID-19/冠状病毒) 导致的学生健康或医疗需求而需要远程学习的情况。此表不应被用于与 COVID-19/冠状病毒无关的家庭和医院教学请求; 对于此类请求, 请参考当地教育机构的家庭和医院教学政策和程序。**

#### 第一部分: 由父母/监护人填写

##### 学生信息

学生姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

入学学校 \_\_\_\_\_

父母/监护人同意: 我特此授权 \_\_\_\_\_ (医疗保健提供者)  
和 \_\_\_\_\_ (入学学校) 讨论、发布或交流本表所包含的或与之相关的信息, 或发布我孩子的

教育和医疗记录中有关我因 COVID-19/冠状病毒而为上述学生注册远程教育的信息。我明白, 所讨论、发布或交流的信息可能为书面和/或口头形式, 并且只为确定注册远程学习是否适合上述学生而讨论、发布或交流。

我明白本医疗证明表须经我孩子所在的当地教育机构/学校审查和核实。

我明白本医疗证明表的有效期为 2021-22 学年的一个学期 (对于按季度安排的学校则为两个学期)。任何需要远程学习超过一个学期的持续医疗需求, 都需要提交新的医疗证明表。

我明白本表和所有支持文件将由学校保留, 并且我同意应要求向 OSSE、外部审计员和其他哥伦比亚特区机构披露, 包括但不限于哥伦比亚特区监察长办公室和哥伦比亚特区总检察长办公室, 以便进行审计和核查。

我明白, 如果我故意在本申请或与本申请一起提交的材料中作出虚假陈述, 根据《哥伦比亚特区官方法典》(DC Official Code) 第 22 章 2405 节, 我可能会被起诉, 并可能被处以最高 \$1000 美元的罚款, 最长 180 天的监禁, 或两者并罚。

父母/监护人姓名 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

父母/监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

第二部分: 医疗证明:  
由执业医师或执业护士填写

此表格必须完整填写。所有字段均为必填选项, 与本申请一起提供的信息都要经过核实。

请注意: 疾病控制和预防中心 (CDC) 已定义了一系列让个人处于 COVID-19/冠状病毒并发症高风险的状况。<sup>1</sup> CDC 还未定义需要远程学习的健康状况清单。此种决定必须根据临床医生的最佳专业判断来做出。

学生姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

入学学校 \_\_\_\_\_

我特此证明, 此表指明学生有以下身体或精神健康状况, 因 COVID-19/冠状病毒, 该学生必须参加远程学习: \_\_\_\_\_

请说明由于 COVID-19/冠状病毒, 学生的上述身体或精神健康状况如何要求学生参加远程学习: \_\_\_\_\_

医师或执业护士签名

填写本表的执业医师或执业护士的姓名: \_\_\_\_\_

国家医疗服务提供者识别码 (NPI) 号码: \_\_\_\_\_

医疗机构名称: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_

签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

执业医师或执业护士办公室盖章:

学校办公室专用 | COVID-19/冠状病毒医疗同意书和证明表

学校官员姓名: \_\_\_\_\_ 签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

1 [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html)