



Oficina del Superintendente Estatal de Educación

CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO MÉDICOS DE COVID-19 PARA EL APRENDIZAJE A DISTANCIA, AÑO ESCOLAR 2021-2022: AFECCIÓN DE UN ESTUDIANTE, SE RECOMIENDA APRENDIZAJE A DISTANCIA

Este formulario debe usarse para solicitar educación a distancia debido a la afección médica de un estudiante, para la cual su proveedor de atención médica *recomienda* la educación a distancia. Este formulario NO debe usarse para solicitar educación a distancia debido a la afección médica de un estudiante que *requiere* educación a distancia, como recomendación para la educación a distancia debido a la afección médica de un *integrante del grupo familiar* ni para documentar solicitudes de enseñanza en el hogar y el hospital por temas no relacionados con el coronavirus (COVID -19).

El padre, la madre o el tutor (o el estudiante adulto si es mayor de 18 años) debe completar la Parte I y IV.

El proveedor de atención médica del estudiante debe completar la Parte III.

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

PARTE I: LO DEBE COMPLETAR EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR (O EL ESTUDIANTE ADULTO SI ES MAYOR DE 18 AÑOS)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Escuela de inscripción _____

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR/ESTUDIANTE ADULTO:

Por la presente autorizo a _____ y a _____ 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 en relación con la solicitud de inscripción en el aprendizaje a distancia para el estudiante que se mencionó antes debido al 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.

Entiendo 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 corresponderá al año escolar 2021-2022.**

Entiendo 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, verificación o investigación.

Entiendo que si, deliberadamente, hago una declaración falsa en esta solicitud o en los materiales presentados con esta solicitud, puedo enfrentar un proceso judicial en virtud de la sección 22-2405 del Código Oficial del DC, y podría estar sujeto a una multa de hasta \$1,000, una pena de prisión de hasta 180 días, o ambas.

Nombre del padre/madre/tutor (o del estudiante si es mayor de 18 años) _____ Teléfono _____

Firma del padre/madre/tutor (o del estudiante si es mayor de 18 años) _____ Fecha _____

PART II: MEDICAL CERTIFICATION

To Be Completed by the Student's Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant

This Part II is required and must be completed in its entirety. All information provided with this request is subject to verification.

Note: The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has defined a list of conditions that place an individual at higher risk for severe illness due to COVID-19.¹ The CDC has not defined a list of health conditions for which distance learning is recommended. Such a decision must be made based on a clinician's best professional judgment.

Student Name _____ DOB _____

School of Enrollment _____

[] I HEREBY CERTIFY that the student identified above has the following health condition(s) that places the student at high risk of severe illness from COVID-19, consistent with guidance from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and I therefore HEREBY RECOMMEND that the student participate in distance learning:

Note: A student recommended for distance learning due to a health condition that places the student at high risk for severe illness due to COVID-19 is only eligible for distance learning if they are ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19. Part III must be completed.

PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER OR PHYSICIAN ASSISTANT SIGNATURE:

Name of licensed physician, nurse practitioner or physician assistant
completing this form _____

National Provider Identifier (NPI) Number _____

Practice Name _____

Address _____

Phone Number _____

Signature _____ Date _____

Licensed physician, nurse practitioner or physician
assistant practice stamp:

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

PART III: CERTIFICATION OF VACCINE ELIGIBILITY/INELIGIBILITY

To Be Completed by the Student's Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant

This Part III is required and must be completed in its entirety. All information provided with this request is subject to verification.

Student Name _____ DOB _____

School of Enrollment _____

I HEREBY CERTIFY that the student identified above is eligible ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19.

If the student is ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19, provide the following information:

The student is ineligible for the COVID-19 vaccine due to:

Age Medical condition _____ Other _____

The student's ineligibility is permanent or temporary.

If the student is ineligible on a temporary basis for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19, please indicate the date or circumstance upon which the student will become eligible for the COVID-19 vaccine:

PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER OR PHYSICIAN ASSISTANT SIGNATURE:

Name of licensed physician, nurse practitioner or physician assistant completing this form _____

National Provider Identifier (NPI) Number _____

Practice Name _____

Address _____

Phone Number _____

Signature _____ Date _____

Licensed physician, nurse practitioner or physician assistant practice stamp

PARTE IV: APOYOS PARA EL APRENDIZAJE A DISTANCIA:

Lo debe completar el padre, la madre o el tutor (o el estudiante adulto si es mayor de 18 años)

Esta Parte IV es obligatoria y debe completarse en su totalidad. Toda la información que se incluya en esta solicitud está sujeta a verificación.

Durante el año escolar 2021-2022, las Agencias de Educación Locales (LEA, en inglés) en el Distrito de Columbia están brindando educación a distancia, destinada a los estudiantes con una necesidad médica, para proteger a la comunidad de la propagación del COVID-19; sin embargo, hay una capacidad limitada para la educación a distancia. En caso de que más familias soliciten educación a distancia en el año escolar 2021-2022 y que haya cupos disponibles, las LEA y las escuelas deberán determinar qué estudiantes reciben los cupos disponibles en la educación a distancia. Para ayudar a las LEA y las escuelas a tomar esa determinación y brindar educación a distancia a los estudiantes con necesidades y con una alta probabilidad de progreso, los padres/madres/tutores **deben** responder las siguientes preguntas para que las revise la LEA o escuela de su hijo(a). Estas respuestas se utilizarán para demostrar la preparación y la probabilidad de éxito en el aprendizaje a distancia. Utilice el espacio provisto excepto donde se indique.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela de inscripción _____

1. **Describa las barreras de salud relacionadas con el COVID-19 que el estudiante o la familia han experimentado y que hacen que la asistencia en persona del estudiante sea un desafío en el año escolar 2021-2022. Puede adjuntar documentación adicional para respaldar su respuesta explicativa.**

2. **Describa cómo el padre, la madre o tutor garantizará la participación regular y oportuna del estudiante en el aprendizaje a distancia.**

3. **Describa el entorno de aprendizaje del estudiante mientras asiste a la escuela en la modalidad a distancia y los pasos que el padre, la madre o tutor tomarán para proporcionar supervisión y apoyo apropiados para la edad, que permitirán que los estudiantes participen plenamente.**

4. **¿Su hijo(a) tiene acceso a Internet y un dispositivo para el aprendizaje a distancia? Si no es así, describa los apoyos necesarios de la escuela para asegurar el acceso a Internet y a un dispositivo para el aprendizaje a distancia.**

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Al firmar este formulario, reconozco lo siguiente:

- Estoy solicitando aprendizaje a distancia para mi hijo(a) o el menor de quien soy tutor (referido como "mi hijo(a)" a lo largo de este documento).
- Entiendo que, según la ley del DC, la educación para mi hijo(a), de entre 5 y 18 años, es obligatoria y no es opcional.
- Entiendo que si mi hijo(a) se ausenta de la escuela sin una justificación válida, es ilegal.
- Entiendo que la ley del DC limita el número de ausencias injustificadas, ya sea durante el aprendizaje a distancia o las clases presenciales, que un menor puede tener antes de que la escuela lo informe.
 - Estudiantes de 5 a 13 años: 10 días completos de clase, remisiones a la Agencia de Servicios para Niños y Familias (CFSA).
 - Estudiantes de 14 a 17 años: 15 días completos, remisiones a la División de Servicios Sociales del Tribunal de Familia del Distrito de Columbia (FCSSD).
- La escuela de mi hijo(a) puede proporcionar aprendizaje a distancia a mi estudiante si se cumplen los criterios descritos en este formulario, pero no está obligada a hacerlo.
- Entiendo que cualquier aprendizaje a distancia aprobado a través de la revisión de este formulario no se extenderá más allá del año escolar 2021-2022.
- Entiendo que si a mi hijo(a) se le permite cumplir con los requisitos educativos a través del aprendizaje a distancia, mi hijo(a) puede regresar al aprendizaje presencial en el año escolar 2021-2022 a discreción de la escuela.
- Entiendo que incluso si a mi hijo(a) se le permite participar en el aprendizaje a distancia, la asistencia regular es obligatoria y se tomará diariamente. Si un estudiante falta a la escuela, la ausencia requiere una justificación válida dentro de los 5 días posteriores a dicha ausencia para que se considere justificada.
- Entiendo que asistir a la escuela de forma remota significa estar en todas las clases; también puede implicar mantener la cámara encendida durante las clases si se dan en vivo y responder rápidamente cuando se les llama.
- Entiendo que si mi hijo(a) no tiene una asistencia satisfactoria a las clases durante el aprendizaje a distancia en cualquier momento del año escolar 2021-2022, la autorización del estudiante para el aprendizaje a distancia puede ser revocada y mi hijo(a) deberá asistir de manera presencial.
- Apoyaré el aprendizaje de mi hijo(a) durante la modalidad a distancia proporcionándole un espacio libre de distracciones para participar en el aprendizaje; además, mantendré una comunicación regular con la escuela de mi hijo(a), según lo solicitado, y si mi estudiante o nuestro grupo familiar tiene problemas para cumplir con los requisitos de aprendizaje a distancia o de asistencia.
- Proporcionaré el nivel adecuado de supervisión para garantizar que el menor esté seguro en el hogar y se encargue de las tareas del aprendizaje a distancia.

Nombre del padre/madre/tutor (o del estudiante si es mayor de 18 años) _____ Teléfono _____

Firma del padre/madre/tutor (o del estudiante si es mayor de 18 años) _____ Fecha _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA ESCOLAR | Formulario de certificación y consentimiento médicos recibidos por la autoridad escolar

Nombre de la autoridad escolar _____ Firma _____ Fecha _____