



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

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

*** Tenga en cuenta que este formulario solo debe utilizarse para documentar la afección médica de un estudiante para el que se requiere educación a distancia. Este formulario no debe usarse para documentar una recomendación de aprendizaje a distancia debido a una afección de salud de un estudiante o integrante de su grupo familiar ni para documentar solicitudes de enseñanza en el hogar y el hospital por temas no relacionados con el COVID-19.*

PARTE I: LA DEBE COMPLETAR EL PADRE, LA MADRE O EL 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 _____ 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 OSSE, 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 _____ Teléfono _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

**PART II: MEDICAL CERTIFICATION:
TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER**

Este formulario debe completarse en su totalidad. All fields are required and 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 complications of COVID-19. ¹ The CDC has not defined a list of health conditions for which distance learning is required. Such a decision must be made based on a clinician's best professional judgement.

Student Name _____ DOB _____

School of Enrollment _____

I HEREBY CERTIFY that the student identified has the following physical or mental health condition(s) which REQUIRES the student to participate in distance learning, due to COVID-19: _____

Describe how the student's physical or mental health condition(s) above REQUIRES the student to participate in distance learning, due to COVID-19:

PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER SIGNATURE

Name of licensed physician or licensed nurse practitioner completing this form: _____

National Provider Identifier (NPI) Number: _____

Practice Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Signature: _____

Date: _____

Licensed physician or nurse practitioner office stamp:

SCHOOL OFFICE USE ONLY | COVID-19 Medical Consent and Certification Form

School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____

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