



Văn Phòng Giám Đốc Giáo Dục Tiểu Bang (OSSE)

Mẫu Chứng nhận & Chấp thuận Y tế dành cho Chương trình học từ xa trong dịch COVID-19/Vi-rút Corona, Năm học 2021-2022 Tình trạng Học sinh, Yêu cầu học từ xa

Tất cả các phần trong mẫu này là bắt buộc. Chỉ những đơn có câu trả lời đầy đủ cho tất cả các phần mới được xem xét.

**** Lưu ý, Biểu mẫu này chỉ nên được sử dụng để ghi lại tình trạng sức khỏe của học sinh mà việc học từ xa là bắt buộc. Biểu mẫu này không nên được sử dụng để ghi lại khuyến nghị cho việc học từ xa do tình trạng sức khỏe của học sinh hoặc một thành viên trong gia đình, cũng như không để ghi lại các yêu cầu Hướng dẫn Tại nhà và Bệnh viện không liên quan đến coronavirus (COVID-19/Vi-rút Corona).**

PHẦN I: DO PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ ĐIỀN

THÔNG TIN HỌC SINH

Tên Học Sinh _____ Ngày Sinh _____

Địa Chỉ _____ Số Điện Thoại _____

Ghi Danh tại Trường _____

SỰ CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ:

Bằng cách này, tôi cho phép _____ và _____

thảo luận, tiết lộ hoặc trao đổi thông tin có trong hoặc liên quan đến biểu mẫu này, hoặc tiết lộ thông tin từ hồ sơ học tập và hồ sơ bệnh án của con tôi liên quan đến yêu cầu đăng ký học từ xa cho học sinh được giới thiệu ở trên do COVID-19/ Vi-rút corona. Tôi hiểu rằng có thể thảo luận, tiết lộ hoặc trao đổi thông tin bằng văn bản và/hoặc bằng lời nói, và sẽ chỉ được thảo luận, tiết lộ hoặc trao đổi nhằm mục đích xác định xem liệu việc đăng ký chương trình học từ xa có phù hợp với học sinh được đề cập ở trên hay không.

Tôi hiểu rằng mẫu chứng nhận y tế này phải được cơ quan giáo dục địa phương/trường học của con tôi xem xét và xác minh.

Tôi hiểu rằng mẫu giấy chứng nhận y tế này có hiệu lực trong năm học 2021-2022.

Tôi hiểu rằng mẫu này và tất cả các tài liệu hỗ trợ sẽ được nhà trường giữ lại và tôi đồng ý tiết lộ thông tin cho OSSE, kiểm toán viên bên ngoài và các cơ quan của DC khác bao gồm nhưng không giới hạn Văn Phòng Trưởng Thanh Tra DC và Văn Phòng Tổng Chương Lý DC, theo yêu cầu, cho mục đích kiểm toán, xác minh và/hoặc điều tra.

Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình khai báo sai sự thật trong đơn đăng ký này hoặc tài liệu được gửi cùng đơn đăng ký này, tôi có thể bị truy tố theo Bộ Luật Chính Thức của DC § 22-2405 và có thể bị phạt tiền tối đa \$1,000, phạt tù tối đa 180 ngày, hoặc cả hai.

Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____ Số Điện Thoại _____

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____ Ngày _____

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

This form must be completed in its entirety. 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