



DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

Formulario de exención médica de evaluaciones estatales del DC

Instrucciones: este formulario se puede usar para solicitar una exención de evaluación estatal en nombre de un estudiante con una afección médica existente o una emergencia médica. Para que se apruebe una exención de una evaluación estatal debe cumplirse una de las siguientes circunstancias:

1. El estudiante tiene una **afección médica** o se ha **enfermado gravemente**
**Las solicitudes de exención médica requieren que se complete en este formulario tanto la declaración como la firma del médico o psiquiatra tratante. Esta solicitud debe presentarse ante la Oficina del Superintendente Estatal de Educación (OSSE) antes del primer día de evaluación en la escuela registrada del estudiante.*
2. El estudiante sufre una **emergencia médica que** incluye, entre otras:
 - Una emergencia médica que amenaza la vida
 - Lesión grave
 - Una crisis de salud mental

**Las solicitudes de exención por emergencia médica requieren que se complete en este formulario tanto la declaración como la firma del médico o psiquiatra tratante. Las solicitudes de exención por emergencia deben enviarse a la OSSE en un plazo máximo de 10 días hábiles después del cierre del período de evaluaciones.*

La solicitud de exención de las evaluaciones por estos motivos requiere la presentación de un formulario de exención médica completo en su totalidad y una declaración firmada por el médico tratante del estudiante. La declaración debe cumplir con los siguientes aspectos:

1. describir la naturaleza de la afección o el tratamiento extraordinario; y
2. confirmar que la afección o el tratamiento extraordinario han impedido sustancialmente que el estudiante acceda a los servicios educativos desde su inicio o que está demasiado frágil físicamente para participar en la evaluación estatal.

El director de la escuela, la persona designada por el director o el coordinador de evaluación deben encargarse de completar las secciones correspondientes de este formulario. Una vez completado, este formulario debe cargarse en la [herramienta de soporte de la OSSE](#) antes del plazo especificado anteriormente. La OSSE emitirá una determinación final a la Agencia de Educación Local (LEA). La LEA debe mantener la información en su expediente durante al menos cuatro años. El personal de la escuela es responsable de archivar obligatoriamente en el expediente del alumno una copia del formulario de solicitud de exención médica de evaluaciones estatales del DC completo.

Las exenciones médicas son válidas durante el año escolar para el que se aprueban. Tenga en cuenta que la Oficina del Superintendente Estatal de Educación puede requerir documentación de las LEA con respecto a las solicitudes de exención médica de los estudiantes. Los estudiantes exentos de las evaluaciones estatales no se incluirán en los cálculos de responsabilidad de LEA o de la escuela. Para que un documento se considere válido para la exención, el formulario debe incluir **una declaración firmada por el médico o psiquiatra tratante del estudiante**. Las presentaciones sin una firma válida pueden considerarse una certificación falsa de un formulario de seguridad de prueba, lo que constituye una infracción. Además, todos los campos del formulario deben estar completos, correctos y legibles para que los estudiantes se consideren elegibles para una exención médica.



DISTRICT OF COLUMBIA

OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

Formulario de exención de emergencia médica para evaluación estatal

Las LEA deben enviar este formulario completo y verificado a la OSSE a través de la Herramienta de asistencia de la OSSE para cargar documentos.

Complete la tabla a continuación:

| Sección 1. Información del estudiante | |
|---|--|
| Nombre o código de la LEA: | Nombre o código de la escuela: |
| Nombre del estudiante: | Identificador Único de Estudiante (USI): |
| Grado del estudiante: | Evaluaciones estatales del DC: <input type="checkbox"/> PARCC ELA/Lectocomprensión <input type="checkbox"/> MSAA ELA <input type="checkbox"/> Alternate ACCESS <input type="checkbox"/> PARCC Matemáticas <input type="checkbox"/> MSAA Matemáticas <input type="checkbox"/> Alternate ACCESS (ELL) <input type="checkbox"/> Ciencias del DC <input type="checkbox"/> Dynamic Learning Maps (DLM) |
| Sección 2. Explicación de la ausencia (debe ser completada y firmada por el padre, la madre o el tutor legal del estudiante) | |
| Fecha de la lesión/enfermedad: | Descripción de la lesión/enfermedad: |
| Firma del padre/madre: | Fecha de firma: |
| Sección 3. Diagnóstico médico/psiquiátrico (debe ser completado y firmado por un médico o psiquiatra con licencia) | |
| Nombre del médico/psiquiatra: | Nombre de la institución: |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | |
| Diagnóstico principal: | Fecha(s) en que se exime al estudiante de la evaluación: |
| Declaración del médico/psiquiatra: Por la presente confirmo que la ausencia de _____ (nombre del estudiante) es aconsejada por un médico debido a una enfermedad o emergencia médica que pone en peligro la vida. Mi firma certifica que he examinado al estudiante nombrado en este documento y certifico que el estudiante no puede participar en la evaluación. | |
| Firma del médico/psiquiatra: | Fecha de firma: |
| Sección 4. Verificación de las escuelas y LEA | |
| El coordinador de integridad de la evaluación y el supervisor de la evaluación deben verificar la integridad y precisión de este formulario antes de enviarlo a la OSSE. La copia original de este formulario completo debe mantenerse archivada en el establecimiento escolar. | |
| Nombre del supervisor de la evaluación: | |
| Firma del supervisor de la evaluación: | Fecha: |
| Nombre del coordinador de la evaluación: | |
| Firma del coordinador de la evaluación: | Fecha: |
| Firma del personal de la OSSE: | Fecha: |