

## Solicitud de exención de mascarara para estudiantes & y formulario de certificación, medica

En conformidad con el Departamento de Salud Pública de California (CDPH), Guía de Salud Pública Covid-19, para las escuelas K-12 en California durante el año escolar 2021-2022 fechada el 12 de julio del 2021 y las Guías de Prevención de los Centros de Control de Enfermedades (CDC), se requerirá que los estudiantes del distrito usen cubre bocas para la cara “mascará,” mientras asistan en persona a la escuela, cuando estén adentro, y cuando usen el transporte público (por ejemplo, autobuses, vehículos de transportación, etc.), será opcional usar las mascarás afuera (al aire libre) según la medida que requieran las leyes federales, estatales, y locales, las regulaciones, ordenanzas, ordenes de emergencia, o la acción de la mesa directiva escolar local o estatal.

El distrito reconoce que algunos estudiantes pueden tener condiciones médicas, discapacidades o condiciones de salud mental para quienes el uso de un cubre bocas/mascara o asistir a la escuela en persona puede ser perjudicial, y por lo tanto el distrito acomodara razonablemente a estos estudiantes.

Para recibir una exención de usar una máscara o asistir en persona a la escuela, este formulario debe ser llenado completamente y regresado a la escuela ANTES DEL PRIMER DIA DE ASISTENCIA.

|  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| Nombre Completo del Estudiante   | Número de Identificación del Estudiante | Fecha de Nacimiento del estudiante |
| Domicilio  | Escuela                                 | Grado                              |
| Actualmente el Estudiante tiene  |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Plan de educación individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Plan de 504 <input type="checkbox"/> Otras ordines de salud escolares <input type="checkbox"/> N/A |   |                                    |

| Consentimiento de Comunicación de Padre   |       |
|---|-------|
| Yo afirmo que mi estudiante ha sido diagnosticado con la condición(es) médica(s) descrita abajo. Yo doy mi consentimiento para la liberación de la documentación relacionada médica y autorizo al proveedor medico identificado abajo para hablar de la condición médica con los oficiales u personal del distrito escolar. |       |
| Padre/Nombre de tutor (por favor use letra de molde)  | Fecha |
| Padre/Firma de Tutor  |       |

| Consentimiento de Padre de exención de Mascara   |       |
|--|-------|
| Las cubiertas de tela sobre la nariz y la boca son una de las mejores medidas para prevenir la transmisión del COVID-19. (por favor escriba sus iniciales)                               |       |
| _____ Yo entiendo que, si mi hijo/a no usa una mascarara facial, corre un mayor riesgo de exposición y la transmisión de COVID-19.   |       |
| _____ Yo reconozco que esta exención de usar una mascarara puede resultar en que mi estudiante sea puesto en cuarentena en caso de una exposición al COVID.                              |       |
| _____ Yo entiendo que no hay evidencia que respalde el uso de un protector facial con paño (según las guías del CDPH) y/o el plexiglás como alternativa adecuada al uso de la mascarara. |       |
| _____ Yo entiendo que puedo hablar con el Distrito Escolar sobre las oportunidades educativas y alternativas que pongan a mi estudiante en un riesgo menor de exposición a COVID.        |       |
| Padre/Nombre de tutor (por favor use letra de molde)   | Fecha |
| Padre/Firma de Tutor   |       |

| Certificación Medica – (Debe ser completada por un Médico, Enfermera Practicante, o Asistente Medico)  |
|--|
| Como proveedor de atención medica del estudiante, certifico que este estudiante tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una actividad importante de la vida Y hace que sea desaconsejable o que no sea practico que el estudiante se cubra la cara. El estudiante: |
| <input type="checkbox"/> está incapacitado a tal medida en que no puede quitarse la máscara sin asistencia<br><input type="checkbox"/> está en riesgo de sufrir daños o obstrucción peligrosa de la respiración en TODO momento  |

No es posible que el estudiante use una cubierta facial debido a:

- Sensibilidad sensorial por ejemplo un trastorno del espectro autista.
- Esta gravemente afectado cognitivamente que no comprende el concepto de enmascaramiento
- Otra (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- No aplicable

Basado en la discapacidad de este estudiante y la posible dificultad de mantener distancia física dentro del ambiente escolar:

- Un protector facial de plástico transparente con una cortina (según las guías del CDPH) SERIA una alternativa razonable a una mascaa
- Un protector facial de plástico transparente con una cortina (según las guías del CDPH) NO SERIA una alternativa razonable a una mascara

Este estudiante tiene un riesgo moderado o alto de enfermedad grave si contrae COVID.

**Riesgo Moderado**

- Asma moderada o grave
- Enfermedad Cerebrovascular
- Fibrosis Quística
- Hipertensión de alta presión arterial
- Inmunodeprimido por trasplante de sangre o medula ó sea, inmunodeficiencia, VIH, o uso de corticosteroides o otros medicamentos que debilitan el sistema inmunológico
- Enfermedad del hígado
- Obesidad (BMI 95-<99%)
- Embarazo
- Fibrosis Pulmonar
- Fumar
- Talasemia
- Diabetes mellitus tipo 1

**Riesgo Alto**

- Cancer
- Enfermedad renal cronica
- EPOC
- Inmunidad comprometida por trasplante de órganos
- Enfermedad cardiaca grave – insuficiencia de las arterias coronarias, miocardiopatía,
- Obesidad severa (BMI >99%)
- Enfermedad de célula falciforme
- Diabetes mellitus tipo 2

**Adicionalmente para los niños/as, considere:**

- Condicion neurologica
- Condicion Genetica
- Condiciones Metabólicas
- Insuficiencia cardiaca congénita

- Si es neurológico, genético, o metabólico, o cardiopatía congénita(especifique) \_\_\_\_\_
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- No aplicable

Basado en el impedimento del estudiante y la posible dificultad de mantener el distanciamiento físico dentro del ambiente escolar:

- TIENE** un mayor riesgo de contraer COVID y se deben considerar oportunidades educativas alternativas
- Tiene** un mayor riesgo de contraer COVID, pero ese riesgo no supera el impacto de no asistir a la escuela en persona.
- NO TIENE** mayor riesgo de contraer COVID

Basado en mi evaluación de este estudiante:

- Califica para una exención de mascara para el aprendizaje en persona en la escuela.
- NO** califica para una exención de mascara para el aprendizaje en persona en la escuela.

- Esta exención medica es válida durante el año escolar 2021-2022
- Esta exención medical es temporal hasta: \_\_\_\_\_

|  |                     |
|--|---------------------|
| Fecha  | Domicilio/Telephono |
| Nombre de Proveedor (por favor use letra de molde) |                     |
| Firma de Proveedor                                 | Licencia Medica     |