



## Formulario de Aprobación para Aprendizaje a Distancia del Distrito 15

Los padres/tutores de los estudiantes que quieran solicitar una exención médica para participar en el aprendizaje a distancia deben completar este formulario. Un estudiante puede ser elegible para el aprendizaje remoto solamente si el Distrito 15 recibe esta forma con la certificación de un médico con licencia, asistente médico, o de un enfermero registrado de práctica avanzada indicando que el estudiante cumple los siguientes criterios: **1) su hijo/a no puede ser vacunado, O 2) es una persona inmunocomprometida.**

### SECCIÓN 1—Para ser completada por el padre/tutor del estudiante

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_

Por la presente solicito que mi estudiante reciba instrucción a distancia en lugar de aprendizaje en persona debido a las dos razones certificadas por el médico, el asistente médico o la enfermera registrada de práctica avanzada que se indican a continuación. Al firmar este formulario, reconozco y acepto lo siguiente.

- El Distrito se reserva el derecho de aprobar o negar esta solicitud para el Programa Educativo Remoto, de acuerdo con la política de la Mesa Directiva
- La presentación de una solicitud no garantiza la aprobación del Programa Educativo Virtual para su estudiante, como se indica anteriormente.
- A medida que el año escolar avance y que ISBE y el Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) actualicen sus pautas y recomendaciones para las escuelas, el Distrito 15 notificará a los padres de familia y hará los ajustes que sean necesarios.
- Autorizo a CCSD15 a intercambiar información con el proveedor de atención médica que completa el formulario para determinar todas las posibles opciones de aprendizaje.

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2—Para ser completada por el proveedor de atención médica**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
*(nombre del estudiante o del familiar con riesgo mayor)*

La instrucción remota es requerida para el estudiante identificado en la Sección 1 debido a:

- El estudiante no es elegible para una vacuna; **O**
- El estudiante es un individuo inmunocomprometido (por favor complete la Sección 2a).

**Certificación Médica:** Al firmar esta forma, certifico que soy un proveedor de atención médica de la persona arriba nombrada y que de acuerdo con las pautas actuales emitidas por los Centros de Control de Enfermedades descritas a continuación, la persona corre un riesgo mayor de enfermedad grave si se infecta con el virus de COVID-19.

De acuerdo con el CDC, las personas mayores de 65 son más propensas a sufrir una enfermedad grave por infección con COVID-19. Adicionalmente, el CDC declara que los adultos de cualquier edad con las siguientes condiciones podrían ser más propensos a sufrir una enfermedad grave por COVID-19: cáncer; enfermedad crónica de riñón, enfermedades crónicas de pulmón (incluyendo EPOC, asma moderada a grave, enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis pulmonar, fibrosis quística e hipertensión pulmonar), demencia u otras condiciones neurológicas, diabetes tipo 1 o 2, síndrome de Down, condiciones cardíacas (incluyendo insuficiencia cardíaca, arteriopatía coronaria, cardiomiopatías o hipertensión), infección de VIH, estado inmunocomprometido (sistema inmunológico debilitado), enfermedad del hígado, sobrepeso (IMC >25 kg/m<sup>2</sup>, pero <30 kg/m<sup>2</sup>), obesidad (IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup> pero <40 kg/m<sup>2</sup>), obesidad severa (IMC ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>), embarazo, anemia de células falciformes o talasemia, fumar (actual o anteriormente), trasplante de órgano sólido o de células madre de sangre periférica (incluyendo trasplante de médula ósea), ataque de apoplejía o enfermedad cerebrovascular, o desordenes por abuso de sustancias.

**SECCIÓN 2a** *(para ser completada por el proveedor de atención médica para los estudiantes con necesidades especiales de cuidado de salud)*

Al firmar al calce, certifico que el estudiante nombrado en la Sección 1 más arriba tiene las siguientes necesidades especiales de cuidado de la salud, las cuales impiden la asistencia segura del estudiante bajo las condiciones actuales y por lo cual se requiere su continuación en el programa de aprendizaje remoto.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Médico, Asistente Médico o Enfermero Registrado de Práctica Avanzada

Firma del Médico, Asistente Médico o Enfermero Registrado de Práctica Avanzada

Dirección del Proveedor de Atención Médica

Teléfono del Proveedor de Atención Médica

Fecha