

ESTE FORMULARIO SÓLO PUEDE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO, ENFERMERA PROFESIONAL U OTRO PROFESIONAL MÉDICO CON LICENCIA BAJO LA LICENCIA DE UN MÉDICO.

Un padre / tutor que busca una exención para su hijo del requisito general de que todos los estudiantes de dos (2) años o más usen una cubierta facial mientras están en el interior de la escuela puede pedirle al proveedor médico de su hijo que complete el siguiente formulario. El Distrito no requiere que el padre / tutor solicite al proveedor médico del estudiante que complete este formulario. Sin embargo, el Distrito tomará en consideración este formulario y / o cualquier información compartida por el proveedor médico del estudiante al determinar si existe una exención.

Según la guía del Departamento de Salud Pública de California ("CDPH*"), que tiene la fuerza y el efecto de la ley, existe una exención si el estudiante: es menor de 2 años; tiene una afección médica, una afección de salud mental o una discapacidad que le impide usar una máscara, cuando el uso de una cubierta facial podría obstruir la respiración o está inconsciente, incapacitado o no puede quitarse la cubierta facial sin ayuda; y / o personas con problemas de audición, o que se comunican con una persona con problemas de audición donde la capacidad de ver la boca es esencial para la comunicación. Un equipo de salud y un terapeuta del Distrito escolar se reunirán después de que se presente una solicitud de exención para determinar si existe una exención válida.

Según la Guía de CDPH* del 2 de Agosto del 2021, si un estudiante está exento de usar una cubierta facial, el estudiante aún debe usar una alternativa no restrictiva, como un protector facial con una cortina en el borde inferior, siempre que su condición lo permita.

Tenga en cuenta que según la Guía de CDPH* del 2 de Agosto del 2021 y los requisitos estatales, si un estudiante no está exento de usar una cubierta facial, el Distrito debe implementar sus protocolos locales para hacer cumplir los requisitos de la máscara. Además, el Distrito debe ofrecer oportunidades educativas alternativas para los estudiantes que están excluidos del plantel porque no se cubrirán la cara.

Complete la siguiente lista de verificación. Este formulario debe completarse para estudiantes de dos (2) años o más, ya que los estudiantes menores de dos (2) están exentos.

Tenga en cuenta que la Guía de CDPH* continúa actualizándose y puede cambiar sin previo aviso. Es posible que se requiera documentación adicional o diferente en la medida en que cambien las pautas estatales o la ley.

Nombre Completo del Estudiante:	Fecha de Nacimiento del Estudiante:
---------------------------------	-------------------------------------

Como proveedor de atención médica del estudiante, certifico lo siguiente:

Parte 1: El estudiante tiene un (marque todo lo que corresponda):

Condición Médica Condición de Salud Mental Discapacidad Trastorno de la Comunicación

Por favor describa/enliste:

Parte 2: El estudiante es una persona que:

Tiene una condición médica por la cual el uso de una mascarilla podría obstruir la respiración. Por favor explique:

Está inconsciente. Por favor explique:

Está incapacitado. Por favor explique:

De lo contrario, no puede quitarse la mascarilla sin ayuda. Por favor explique:

Tiene problemas de audición. Por favor explique:

Se está comunicando con una persona con discapacidad auditiva donde la capacidad de ver la boca es esencial para la comunicación. Por favor explique:

Parte 3 ¿La condición del estudiante le permite usar una alternativa no restrictiva como un protector facial con una cortina en el borde inferior? Tenga en cuenta que la Guía de CDPH* requiere que los estudiantes usen una alternativa no restrictiva siempre que su condición lo permita.

Sí, el estudiante puede usar una careta con una cortina.

Sí, el estudiante tiene una discapacidad de comunicación y puede usar una cubierta facial transparente o una cubierta facial de tela con un panel transparente, o un protector facial con una cortina.

Sí, el estudiante puede usar una alternativa no restrictiva. Otra alternativa:

No, el estudiante no puede usar una alternativa. Por favor explique:

Parte 4: Duración prevista de la exención:

Esta exención es permanente.

Esta exención es temporal (la exención es temporal y finaliza el ___/___/___).

Parte 5: Soy un: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero Practicante <input type="checkbox"/> Otro profesional médico con licencia que ejerce bajo la licencia de un médico. Si es así, incluya el nombre y el número de licencia del médico con el que ejerce aquí:	
Nombre del proveedor médico (imprima):	Licencia médica #:
Firma del proveedor médico:	Fecha:
Numero telefonico:	Direccion:

Descargo de responsabilidad:

Como la información contenida en este documento es necesariamente general, su aplicación a un conjunto particular de hechos y circunstancias puede variar. Por este motivo, este documento no constituye asesoramiento legal. Le recomendamos que consulte con su abogado antes de actuar sobre la información contenida en este documento.

Derecho de autor © 2021 Lozano Smith Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de este trabajo puede ser copiado, distribuido, vendido o utilizado para ninguna ventaja comercial o ganancia privada, ni ningún trabajo derivado preparado a partir del mismo, ni se otorgará ninguna sublicencia, sin el permiso previo expreso por escrito de Lozano Smith a través de su Socio Gerente. El Socio Gerente de Lozano Smith por la presente otorga permiso a cualquier cliente de Lozano Smith a quien Lozano Smith proporcione una copia para usar dicha copia intacta y únicamente para los propósitos internos de dicho cliente. Al aceptar este producto, el destinatario acepta que no utilizará el trabajo excepto de acuerdo con los términos de esta licencia limitada.