



### Certificación Médica de la Exención de alto riesgo para COVID-19

Nombre del/la estudiante:	Escuela:
---------------------------	----------

Exención de certificación médica para no regresar a la educación presencial:

Si un(a) estudiante es identificado(a) para regresar a la instrucción presencial, pero el/la estudiante o un individuo en su hogar tiene una condición médica de alto riesgo según lo definido por los Centros para el Control de Enfermedades, se deberá completar un formulario de certificación médica.

Este formulario deberá presentarse en la reunión de apelación o enviarse por correo electrónico a la administración de la escuela para reclamar la exención de alto riesgo para COVID-19.

**Individuos con mayor riesgo:** Los individuos con mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 son aquellos con ciertas condiciones de salud subyacentes según lo designado por los CCE que establece lo siguiente:

Aquellas personas que tienen un mayor riesgo de enfermedad grave, según lo designado por los Centros de Control de Enfermedades (CCE), son aquellos con afecciones como asma, enfermedad pulmonar crónica, sistemas inmunológicos comprometidos (incluso fumar, tratamiento para el cáncer, trasplante de médula ósea u órganos, deficiencias inmunes, VIH o SIDA mal controlados, o uso de corticosteroides u otros medicamentos para el debilitamiento inmunológico), diabetes, enfermedad cardíaca grave (incluida insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad cardíaca congénita, miocardiopatías e hipertensión), enfermedad renal crónica sometida a diálisis, enfermedad hepática u obesidad grave.

Nombre del proveedor de atención médica:
--

Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Tipo de práctica / Especialidad médica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

1. ¿El/la estudiante nombrado(a) tiene una condición médica subyacente considerada de alto riesgo de enfermedad grave por COVID-19 según lo determinado por los CCE y mencionadas arriba?  
D Sí D No
2. En caso afirmativo, proporcione el diagnóstico médico de la afección subyacente (identificada por los CCE) de este(a) estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica

\_\_\_\_\_  
Fecha