



COVID-19 Solicitud Estudiantil de Exención de la Cubierta Facial y Certificado Médico

En relación con la pandemia COVID-19 y el cumplimiento de la Orden Estatal de Emergencia #1 ([Order # 1](#)), La Resolución del Consejo Común de la Ciudad de Green Bay que proporciona Coberturas faciales ([Resolution Providing Face Coverings](#)), y de la Junta de Educación del Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay el 3 de agosto de 2020, la moción que adopta el Plan de Reconfigurar las Escuelas del Distrito, el Distrito requerirá que los estudiantes usen cubiertas faciales mientras asisten a la escuela o mientras están presentes en un edificio escolar o ubicación del Distrito en la medida requerida por las leyes federales, estatales o locales aplicables, regulaciones, ordenanzas, órdenes de emergencia o la Junta de Educación.

El Distrito reconoce que puede que algunos estudiantes tengan condiciones que dificultarán el uso de una cubierta facial. Para recibir una exención de los requisitos de cubierta facial aplicables, este formulario debe ser llenado completamente y enviado por correo electrónico a la Enfermera Principal del Distrito, Kristen Johnson, kajohnson4@gbaps.org, ANTES DE: (1) EL PRIMER DÍA DE ASISTENCIA EN LA ESCUELA EN PERSONA; Ó (2) EL PRIMER DÍA FÍSICAMENTE PRESENTE EN UN EDIFICIO O UBICACIÓN DE DISTRITO; ó (3) AL USAR EL TRANSPORTE ESCOLAR DEL DISTRITO U OTRO MÉTODO DE TRANSPORTE DEL DISTRITO.

Nombre de alumno	# De identificación del alumno	Fecha de nacimiento de alumno
Dirección de domicilio		Escuela/Grado
Actualmente el estudiante tiene: <input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizado (IEP)* <input type="checkbox"/> Plan Sección 504 * <input type="checkbox"/> Plan de Salud Individualizado * <input type="checkbox"/> No aplica		

***Si se trata de un estudiante con una discapacidad y la solicitud de estar exento de usar una cubierta facial está relacionada con la discapacidad, comuníquese con el maestro del IEP de su hijo/a, gerente de caso 504 o enfermera escolar para el plan de salud antes de continuar.**

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE: Certificado Médico
<p>Como proveedor de atención médica del estudiante, yo certifico que este estudiante tiene un impedimento físico, médico o mental que limita sustancialmente una actividad importante de la vida y que el usar una cubierta facial puede causar daño u obstrucción de la respiración que lo hace médicamente contraindicado o irrealizable para este estudiante (los ejemplos incluyen pero no se limitan necesariamente a las deficiencias respiratorias, deficiencias auditivas que requieren el uso de movimientos faciales/de la boca, impedimentos físicos que hacen que sea difícil el usar o quitar fácilmente una cubierta de la cara, porque:</p> <p style="padding-left: 20px;">Podría causar daño u obstruir peligrosamente la respiración en todo momento.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No, pero el estudiante podría beneficiarse de:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Recesos de usar la cubierta facial, aparte de aquellos ya incorporados en el día escolar (desayuno, almuerzo, recreo al aire libre).</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Remoción de la cubierta facial si se produce dificultad respiratoria.</p> <p><input type="checkbox"/> El estudiante llega a caer inconsciente, incapacitado o no pueda quitársela sin ayuda.</p>

Indique la (s) razón (es) por la cual no es médicamente aconsejable que el estudiante use una cubierta facial (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Basado en la naturaleza de la incapacidad de este estudiante y la posible dificultad de mantener el distanciamiento físico dentro del entorno escolar:

Un protector facial de plástico transparente SERÍA una alternativa razonable a una cubierta facial.

Un protector facial de plástico transparente NO SERÍA una alternativa razonable a una.

Recomendaciones Adicionales Incluye:

Esta exención médica es permanente.

Esta exención médica es temporal. (Duración de la exención temporal ___/___/___)

Nombre del doctor (Letra de molde)	Fecha
------------------------------------	-------

Firma del doctor

Nombre del empleador del doctor

Dirección de clínica del doctor	Número de teléfono del doctor
---------------------------------	-------------------------------

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE:

Autorización para la comunicación con el proveedor médico y el proveedor médico con la escuela

Certifico que soy el Padre de familia/Apoderado Legal del Estudiante, o soy el Estudiante y soy mayor de edad, y tengo la autoridad para firmar este consentimiento. Yo afirmo que el estudiante ha sido diagnosticado con la condición médica descrita anteriormente. Doy mi consentimiento para la divulgación de documentación médica relacionada y autorizo al proveedor médico identificado anteriormente a discutir la condición del estudiante con los funcionarios del Distrito. Reconozco que esta exención de usar una cubierta facial puede resultar en la puesta en cuarentena del estudiante en caso de exposición al COVID. Tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto en la medida en que la divulgación ya se haya hecho en base a esta autorización. Entiendo que mi revocación es efectiva sólo si es por escrito y se envía a la agencia que está divulgando la información.

Nombre del Padre/Apoderado legal	Teléfono del Padre
----------------------------------	--------------------

Firma del Padre/Apoderado legal	Fecha
---------------------------------	-------

DISTRICT USE ONLY - STUDENT FACE COVERING EXEMPTION DETERMINATION

Face Covering Exemption: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied	Administrator Initials and Date:
--	----------------------------------