



### Certificación Médica para Exención por Riesgo Elevado de COVID-19

Nombre del estudiante:	Escuela:
------------------------	----------

Exención del regreso a la instrucción presencial - Certificación médica requerida

En el caso en que un estudiante haya sido identificado para su regreso a la instrucción presencial, pero él o una persona de su hogar padezcan una afección de riesgo elevado, según la definición de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), es preciso llenar un formulario de certificación médica.

Para solicitar la exención por riesgo elevado de COVID-19 es necesario presentar el formulario en la reunión de apelación, o bien enviarlo por email a la administración de la escuela.

**Personas con riesgo elevado:** Las personas que corren un riesgo más elevado de enfermarse de gravedad a causa de COVID-19 son las que padecen afecciones subyacentes, según la definición de CDC a continuación:

Las personas que corren un riesgo más elevado de enfermarse de gravedad son aquellas aquejadas por afecciones como asma, enfermedad pulmonar crónica, sistema inmunitario debilitado (por fumar, tratamiento contra el cáncer, trasplante de órganos o médula, deficiencias inmunitarias, VIH o SIDA insuficientemente controlado o consumo de corticoesteroides y otros medicamentos que debilitan el sistema inmunitario), diabetes, afecciones cardíacas graves (insuficiencia cardíaca, enfermedad de la arteria coronaria, defectos cardíacos congénitos, miocardiopatía e hipertensión), deficiencias renales crónicas bajo tratamiento con diálisis, enfermedades hepáticas u obesidad grave.

To be completed by the Health Care Provider - (Esta sección debe llenarla el médico).

Health Care Provider's Name: \_\_\_\_\_

Health	Care	Provider's	Address:
_____			

Type of practice / Medical specialty: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

1. Does the named student have an underlying medical condition deemed to be high risk for severe illness from COVID-19 as determined by the CDC and listed above?  Yes  No
2. If yes, please provide the medical diagnosis of the underlying condition (as identified by the CDC) for this student.

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

\_\_\_\_\_  
Signature of Health Care Provider

\_\_\_\_\_  
Date

