

Solicitud de Exención del Uso de Cubrebocas Contra el COVID-19 para el Estudiante y Certificación Médica

El uso de cubrebocas es una de las prácticas más eficaces a la hora de ayudar a prevenir la propagación del COVID-19 en nuestras escuelas. Al minimizar la propagación del virus, estaremos ayudando a preservar la educación en persona. Aunque se espera el uso de cubrebocas cuando se está dentro de las instalaciones, los estudiantes reciben múltiples “descansos del uso de cubrebocas” durante la jornada escolar y no se espera que las usen mientras comen o juegan al aire libre. Las Escuelas Públicas de Tulsa reconocen que algunos estudiantes pueden padecer condiciones médicas, tener alguna discapacidad, o condiciones de salud mental, en las cuales el uso del cubrebocas puede causar algún daño u obstruir las vías aéreas por lo cual podemos hacer ajustes razonables para estos estudiantes.

Aquellos padres y guardianes que deseen eximir a sus niños de la expectativa del uso del cubrebocas, debido a razones médicas, deberán completar este formulario y entregarlo a la oficina de servicios de apoyo para el estudiante y la familia del distrito. Esta solicitud no será aprobada a menos de que se contesten todas las preguntas. Para poder recibir una exención del requisito del uso del cubrebocas, este formulario deberá ser llenado en su totalidad y enviado al correo electrónico de la Dra. Chrystal Lewis a la dirección lewisch@tulsaschools.org ANTES DEL PRIMER DÍA DE ESCUELA (DE MANERA PRESENCIAL) EN QUE NO UTILIZARÁ EL CUBREBOCAS.

Nombre del estudiante:	Número de identificación del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante:
Dirección residencial:		Escuela/Grado
El estudiante, actualmente, cuenta con:		
<input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizada (IEP)	<input type="checkbox"/> Plan Sección 504	<input type="checkbox"/> Plan de Salud <input type="checkbox"/> N/A

Consentimiento del padre para comunicación de dos vías

Yo afirmo que mi estudiante ha sido diagnosticado con la condición médica descrita a continuación. Yo doy consentimiento para que se comparta información médica relacionada a la misma y autorizo al proveedor de salud, identificado a continuación, a discutir dicha condición con los oficiales de las Escuelas Públicas de Tulsa. Yo reconozco que esta exención del uso del cubrebocas puede resultar en la cuarentena de mi estudiante si fuese expuesto al COVID.

Nombre del padre/guardián	Número de teléfono del padre
Firma del padre/guardián	Fecha

Medical Certification

As the student's health care provider, I certify that this student has a physical, medical or mental impairment that substantially limits a major life activity and that a face covering may cause harm or obstruct breathing which makes it inadvisable or impracticable for the student to wear (examples include but are not necessarily limited to respiratory impairments, hearing impairments requiring the use of facial/mouth movements, physical impairments that make it difficult to easily wear or remove a face covering, sensory impairments, etc.) because:

It could cause harm or dangerously obstruct breathing at all times.

Yes

No, but the student could benefit from:

Breaks in addition to those already built into the school day (breakfast, lunch, outdoor recess)

Removal if respiratory distress occurs

OR

The student is incapacitated to the extent he/she is unable to remove a face covering without assistance.

This student has been diagnosed with the following medical/respiratory condition:

- This medical/respiratory condition DOES place the student at greater risk for contracting COVID
- This medical/respiratory condition DOES NOT place the student at greater risk for contracting COVID

State the reason(s) why it is not feasible for the student to wear a face covering:

Based on the nature of this student's impairment and potential difficulty of maintaining physical distancing within the school environment:

- A transparent plastic face shield WOULD BE a reasonable alternative to a face covering.
- A transparent plastic face shield WOULD NOT BE a reasonable alternative to a face covering.

Based on the nature of this student's impairment, the potential difficulty of maintaining physical distancing within the school environment this student:

- IS at greater risk for contracting COVID and online education should be considered
- IS at greater risk for contracting COVID-19 but that risk does not outweigh the impact of not attending school in-person
- IS NOT at greater risk for contracting COVID-19

Additional Recommendations Include:

- This medical exemption is permanent.
- This medical exemption is temporary. (Duration of temporary exemption ___/___/___)

Name of Physician (Print)

Medical License #:

Signature of Physician

Date