

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA PAULA

Acomodación de la Mascarilla y Proceso de Exención

En cumplimiento con las órdenes y guías de salud actuales, durante y en respuesta a la pandemia de COVID-19, el Distrito Escolar Unificado de Santa Paula requiere que los estudiantes usen una mascarilla mientras asisten en persona a la escuela en la medida en que lo requieran las leyes, regulaciones, ordenanzas y acciones de emergencia federales, estatales o locales aplicables.

El Distrito reconoce que algunos estudiantes pueden ser incapaces de cumplir con el uso de una máscara facial debido a una discapacidad y/o condición médica. Si su hijo puede requerir adaptaciones o no puede usar una máscara, por favor complete este formulario y devuélvalo al director de la escuela.

1. Información para Estudiantes			
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela	Nivel de Grado
<p>¿Está el estudiante actualmente en un Plan Educativo Individualizado (IEP) o en un Plan de la Sección 504?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el estudiante está en un IEP</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es estudiante está en un Plan de la Sección 504</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de Asistencia Sanitaria</p>			
2. (Opcional) Estado de Vacunación			
<p>Opcional, si el estudiante es mayor de 12 años:</p> <p><input type="checkbox"/> El estudiante ha sido completamente vacunado contra COVID-19. (Si procede, adjunte una prueba de vacunación (copia de la cartilla de vacunación, imagen de la cartilla de vacunación o cartilla de vacunación/documento sanitario que demuestre el estado de vacunación).</p> <p><input type="checkbox"/> No, el estudiante <u>no</u> ha sido completamente vacunado contra COVID-19.</p> <p><input type="checkbox"/> Declinación de la declaración.</p>			
3. Consentimiento para la Comunicación con el Proveedor de Servicios Sanitarios			
<p>Afirmo que mi estudiante ha sido diagnosticado con una discapacidad y/o condición médica y requiere una acomodación o exención de máscara facial. Doy mi consentimiento para que se divulgue e intercambie información entre el/los proveedor/es médico/s de mi estudiante, que completan este formulario, y los funcionarios del Distrito Escolar Unificado de Santa Paula para discutir esta solicitud. Reconozco que una exención del uso de una máscara facial puede resultar en que mi estudiante esté sujeto a medidas de mitigación de salud pública más intensas de acuerdo con la orientación de salud pública, tales como el aumento de los requisitos de cuarentena en el caso de una posible exposición al COVID-19, pruebas periódicas de COVID-19, mayor distanciamiento físico y/o requisitos de cohorte cuando sea factible, y/o mayor uso de equipo de protección personal (PPE) para el personal que entre en contacto con mi hijo.</p>			
Nombre del Padre/Tutor		Padre/Tutor Telefono	
Firma del Padre/Tutor		Fecha	
4. Certificación Médica			
<p>Como proveedor de atención médica del estudiante, certifico que este estudiante ha sido diagnosticado con la siguiente condición de salud física o mental: _____ que limita sustancialmente la capacidad de llevar una máscara facial.</p> <p>Grado de Deterioro:</p> <p><input type="checkbox"/> El alumno no puede llevar máscara facial en ningún momento (explíquese a continuación..)</p> <p><input type="checkbox"/> El alumno esta incapacitado hasta el punto de ser incapaz de quitarse un protector facial sin ayuda.</p> <p><input type="checkbox"/> El estudiante puede usar una máscara facial en la escuela, según lo tolerado, y requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Supervisión de un adulto mientras se lleva la máscara <input type="checkbox"/> Apoyos y estrategias de comportamiento positivo <input type="checkbox"/> Descansos de la mascarilla (además de los ya incorporados a la jornada escolar mientras se come o se bebe, al aire libre, etc.) <input type="checkbox"/> Eliminación si se producen daños físicos o emocionales <input type="checkbox"/> Otros: 			

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA PAULA
Acomodación de la Mascarilla y Proceso de Exención

Razone(s) por la cual no es factible que el estudiante use una máscara facial:

En función de la naturaleza de la deficiencia y de la posible dificultad para mantener el distanciamiento físico en el entorno escolar:

- Un protector facial de plástico transparente con un paño SERIA.
- Un protector facial de plástico transparente con un paño NO SERÍA una alternativa razonable a un protector facial..

Razonamiento:

Recomendaciones alternativas para reducir el riesgo de transmisión:

- Esta exención médica es permanente
- Esta exención médica es temporal. [Duración (fecha de finalización o evento): _____]

Nombre del médico (en letra de molde)		Dirección del consultorio médico
Firma del medico	Fecha	Numero de telefono y direccion de correo electrónico del médico

PARA USO EXCLUSIVO DEL DISTRITO		
Fecha de recepcion:		
Enfermera de la escuela (nombre en letra de molde)	Fecha de atención médica Contacto con el proveedor	Por (nombre en letra de molde):
Administrador del centro escolar (nombre en letra de molde)	Fecha de los padres Contacto	Por (nombre en letra de molde):
<input type="checkbox"/> IEP fecha de la reunión (si procede): <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> SST	Exencion: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado <input type="checkbox"/> Aprobado con Condiciones:	
Firmado:		
Titulo:	Fecha:	