



**Formulario de Ausencia Verificado por Enfermero Registrado**  
**Verificado por Enfermero Registrado\_\_\_\_\_**

Estudiante_____	Grado_____
Fecha_____	Fecha de nacimiento_____
Escuela_____	Profesor(a)_____

El Distrito Escolar del Área de Appleton autorizará las ausencias derivadas de una condición médica crónica o enfermedad prolongada una vez que este formulario esté archivado en la Oficina de Salud, junto con el formulario de Información Médica adjunto que debe ser completado por el proveedor de atención médica de su hijo y devuelto a la Oficina de Salud de la escuela. El Distrito solo retrocederá las ausencias por una condición médica crónica dos semanas a partir de la fecha en que este formulario y el formulario de Información Médica sean recibidos por la Oficina de Salud.

Al informar una ausencia a la escuela, debe indicar que la ausencia se debe a la condición crónica enumerada en el formulario de Información Médica. De acuerdo con las regulaciones de asistencia, las ausencias por cualquier otro motivo deben ser identificadas adecuadamente.

Por favor, tenga en cuenta que aunque el formulario de Información Médica puede justificar una ausencia, su hijo NO está exento de completar tareas y responsabilidades escolares. Además, una justificación por parte de un proveedor de atención médica debe estar por escrito y especificar el período de tiempo para el cual es válida, sin exceder los 30 días según la ley de Wisconsin, sección 118.15(3)(a).

La Estatua de Wisconsin § 118.15(1)(a) requiere que los estudiantes de escuelas públicas asistan a la escuela a tiempo completo. Los estudiantes pueden ser excusados de la escuela o de la participación en clases si se recibe documentación médica del proveedor de atención médica del estudiante y si la razón cumple con la política de la Junta de Educación. El Distrito considera adaptaciones y proporciona actividades alternativas si los estudiantes no pueden asistir a la escuela o participar en clases específicas por motivos médicos.

Su firma autoriza la divulgación de información y comunicación entre la enfermera escolar del Distrito Escolar del Área de Appleton o el oficial de asistencia y el proveedor de atención médica de su hijo con respecto al diagnóstico que pueda afectar la asistencia de su hijo. El Distrito puede preguntar al proveedor de atención médica sobre el diagnóstico de su hijo y cómo se espera que afecte a la asistencia de su hijo. Esta autorización de divulgación de información expira un año a partir de la fecha en que se firma este formulario.

La enfermera escolar o el oficial de asistencia pueden solicitar información actualizada o recetas en cualquier momento durante el año escolar al proveedor de atención médica de su hijo.

<b>Completar por parte del Padre/Tutor:</b>	
Nombre del Padre/Tutor_____	
Firma _____	Fecha_____
Número de teléfono _____	



## Formulario de Ausencia por Condición Médica Crónica: Información Médica

**Esta información formará parte de los registros de salud y asistencia del niño/a.**

### PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Este formulario proporciona documentación sobre la condición crónica o de salud prolongada del niño/a que puede causar ausencias en la escuela. Por favor, especifique los síntomas que no justificarían una visita al consultorio pero que requerirían que el estudiante se quede en casa. La enfermera escolar o el oficial de asistencia pueden contactarlo para obtener información adicional o recetas.

Estudiante_____	Grado_____	Fecha_____
-----------------	------------	------------

Diagnóstico que puede afectar la asistencia del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio en que los síntomas del diagnóstico impidieron la asistencia a la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha en que se espera que los síntomas disminuya": \_\_\_\_\_

Fecha en que se espera que el estudiante regrese a la escuela: \_\_\_\_\_

**Según la Política 430 de AASD y Wis. Stats. § 118.15 (3)(a): Si se espera que un niño esté ausente por más de 30 días, se requiere otra declaración por escrito.**

Proporcione una descripción específica de por qué o cómo espera que este diagnóstico afecte la asistencia escolar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Frecuencia estimada de ausencias a la escuela, incluyendo citas:

Número de días por semana: \_\_\_\_\_ **O** Número de días por mes: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales, restricciones o instrucciones, incluidas cualquier medida preventiva que pueda ayudar a aumentar la asistencia del estudiante a la escuela:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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