

EXCLUSIONES Y EXENCIONES A LA ASISTENCIA ESCOLAR

CERTIFICACIÓN DE ESTUDIANTES CON CONDICIONES DE SALUD CRÓNICAS (Obtenida de un profesional de la salud con licencia)

Reconocimiento de divulgación de información protegida por la ley HIPAA: El estudiante, a través de su padre/tutor legal, solicita por el presente la siguiente información en beneficio de la educación del estudiante. La divulgación está permitida por 45 C.F.R. §164.502(a).

Escriba en letra de imprenta o de molde el nombre del padre/tutor legal

Fecha

Firma del padre/tutor legal

Nombre del estudiante

Nombre del padre

Dirección

Distrito Escolar

Escuela

Nivel de grado

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

Fecha de la consulta inicial

Diagnóstico del profesional de salud:

Pronóstico del profesional de salud:

Limitaciones físicas que afectan a las actividades de educación física:

Ausencias anticipadas debidas únicamente a padecimiento, enfermedad, complicaciones del embarazo, un accidente o problemas graves de salud de un bebé de un estudiante (incluya cirugías, tratamientos u hospitalizaciones anticipadas que puedan interferir con la asistencia escolar durante el año _____):

Ejemplo 1: La condición física de _____ puede resultar en ausencias frecuentes en el año escolar que puede exceder de diez (10) días escolares consecutivos por semestre, pero no preveo que _____ estará ausente suficientes días para requerir servicios de enseñanza en el hogar.

Ejemplo 2: _____ requerirá tres (3) hospitalizaciones de aproximadamente cuatro (4) días de duración cada una y de tres a cinco (3 - 5) tratamientos de un (1) día cada uno durante el año escolar.

Otra información pertinente:

Type or print Certified health professional or nurse practitioner name and licensed title. *(Escriba en letra de imprenta o de molde el nombre y el título del profesional de salud certificado o de la enfermera practicante.)*

Fecha

Certified health professional or nurse practitioner signature and title. *(Fecha y firma del profesional de salud certificado o enfermera practicante.)*

Yo autorizo al personal de enfermería del MUSD y a mi proveedor de salud a intercambiar información con respecto a la enfermedad crónica de mi hijo.

Escriba en letra de imprenta o de molde el nombre del padre/tutor legal

Fecha

Firma del padre/tutor legal

OFFICE USE ONLY:

Received by: _____ Date _____

Nurse Signature