Georgia Cyber Academy
1745 Phoenix Blvd. Suite 100
Atlanta, Georgia 30349
Fax: 14047959097
Correo electrónico: 504@georgiacyber.org

Certificación de Documentación Médica del Proveedor de Atención Médica

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono de Casa:	Nivel de Grado:
Dirección de Casa:	

Como padre o tutor de _____,
(escriba el nombre del estudiante aquí)
Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación de la información proporcionada a continuación.

Firma de los padres: _____

Toda la siguiente información médica debe ser completada por un médico con licencia.

Diagnostico médico	Crónico o Agudo	Permanente o temporal	Gravedad (leve, moderada, o grave)	Fecha de inicio de la condición	Duración esperada de la condición

Medicamento:

Nombre del medicamento	Dosis	Tiempo de Administración	Efectos secundarios notables

Certificación de discapacidad médica del proveedor de atención médica para: _____
(El nombre del estudiante)

Implicaciones médicas para la instrucción en línea

Asistencia (en línea en casa):

Vigilancia:

Atención:

Fortaleza:

Vitalidad:

Función física/ambulación:

Actividades de la vida diaria:

Limitaciones académicas:

Participación escolar:

Habilidades de comunicación:

Habilidad para moverse, sentarse, manipular materiales:

¿Qué acciones médicamente necesarias se requieren durante el día escolar?

¿Qué síntomas debemos tener en cuenta para indicar posibles problemas médicos?

¿Qué procedimientos de emergencia, si los hay, está ordenando para este estudiante? Especifique estos procedimientos secuencialmente a continuación con el mayor detalle posible. Adjunte una hoja de papel por separado si es necesario.

¿Este estudiante puede participar en el programa regular de educación física (en línea) sin restricciones? **Sí o No** En caso negativo, especifique las modificaciones necesarias y/o las actividades que deben evitarse.

¿El estudiante ha tenido cirugía recientemente? Si es así, ¿de qué tipo?
¿Fecha de la cirugía?
¿Qué modificaciones, si las hay, deben hacerse para acomodar el período de recuperación del estudiante?

¿La condición de salud de este estudiante puede causar que él/ella esté ausente por períodos intermitentes durante el año escolar? **Sí o no**
¿En caso afirmativo, explíquelo por favor?

¿La condición de salud del estudiante requiere que asista regularmente a las sesiones de terapia requeridas? Si es así, ¿cuál es la frecuencia?

Nombre del proveedor de atención médica:	
Firma del proveedor de atención médica:	
Número de licencia NPI:	Número de teléfono:
Dirección:	
Número de fax:	Fecha: