

Distrito Escolar Unificado del Valle de Chino
Solicitud de Exención de Mascarilla Facial para Estudiantes

Información del Padre/Tutor del Estudiante

Nombre del Estudiante		Segundo Nombre		Apellido	
Fecha de Nacimiento		Edad		Sexo	
# de Identificación del Estudiante	Escuela Actual		Grado Actual		Maestro
Dirección:					Teléfono de casa
Dirección de Correo Electrónico del Padre/Tutor			Ciudad	Estado	Código Postal

Autorización de los Padres/Tutores para el Intercambio de Información

Al considerar estas solicitudes, es posible que sea necesario contactar al proveedor de Atención Médica del estudiante para obtener detalles médicos adicionales. Por lo tanto, se requiere la autorización de los padres para la divulgación e intercambio de información médica y escolar antes de que se pueda tomar acción sobre la solicitud. La Autorización para el Uso y/o Divulgación de Información Médica y/o Educativa esta autorizada por la firma del padre arriba.

Nombre del Padre	Número de Teléfono del Padre	Nombre de la Madre	Número de Teléfono de la Madre
Firma del Padre	Fecha	Firma de la Madre	Fecha

Solicitud de los Padres/Tutores:

Yo (nosotros) pedimos que nuestro estudiante _____ sea exento de usar una **masara** facial para el año escolar 2021-2022 para los siguientes **diagnostico medico/motivo de salud:** _____

Yo (nosotros) pedimos que nuestro estudiante _____ sea exento de usar un **protector** facial con paño para el año escolar 2021-2022 para las siguientes **diagnostico medico/motivo de salud:** _____

El Proveedor de Atención Médica Autorizado Completa esta Parte:

El estudiante mencionado anteriormente ha solicitado una exención médica para la exención del requisito del Distrito Escolar Unificado del Valle de Chino. Un protector facial se considera una opción para los estudiantes medicamente exentos de usar una máscara. El Distrito requiere la autorización de un proveedor de atención médica apropiado para considerar una exención. La decisión la tomará el Distrito. El Distrito especifica que solo el siguiente puede proporcionar una exención: un médico (MD/DO), enfermera practicante (NP) o asistente médico (PA) para aquellos con condiciones médicas o condiciones de salud mental.

¿Requiere el estudiante una exención médica para una **mascarilla facial** en la escuela, como lo requiere el Distrito Escolar Unificado del Valle de Chino?

Si No Diagnóstico _____

Si No ¿Puede el estudiante usar un **protector facial con paño** en lugar de una mascarilla (Grados 3 – 12+)?

Si No ¿Puede el estudiante usar un **protector facial largo** en lugar de una mascarilla (Grados Pre – 2)?

Comentarios/Información adicional: _____

El proveedor de atención médica acepta proporcionar la documentación médica adicional del sitio escolar y los servicios de salud según sea necesario para responder a esta solicitud con la firma de los padres anterior como consentimiento para divulgar e intercambiar información médica y escolar.

Nombre del Proveedor de Atención Médica (en letra de imprenta)		Firma del Proveedor de Atención Médica		Fecha	
Teléfono de oficina		FAX de la oficina/Correo Electrónico		# NPI del Proveedor o # de Licencia:	
Dirección de la oficina			Dirección		
Teléfono	Fax	Ciudad	Estado	Código Postal	

Uso del distrito

Date Received by District		
Parent Did Not Respond by		
Date Approved		Principal/Designee Signature
Date Not Approved		Date Signed:

Sello del Médico/Doctor:

