



Certificación médica para la exención de alto riesgo para COVID-19

| | |
|------------------------|---------|
| Nombre del estudiante: | Campus: |
|------------------------|---------|

Exención de certificación médica para el retorno a las clases presenciales:

Si se determina que un estudiante retome las clases presenciales, pero el estudiante o alguien de su grupo familiar tiene una condición médica de alto riesgo según lo definido por los Centros para el Control de Enfermedades, se deberá completar un formulario de certificación médica.

Este formulario deberá presentarse en la reunión de apelación o enviarse por correo electrónico a la administración del campus para reclamar la exención de alto riesgo para COVID-19.

Personas con mayor riesgo: los CDC establecen que las personas con mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 son aquellas con ciertas condiciones de salud subyacentes, a saber:

Las personas que tienen un mayor riesgo de enfermedad grave, según lo designado por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), son aquellas con afecciones como asma, enfermedad pulmonar crónica, sistemas inmunitarios comprometidos (incluso por tabaquismo, tratamiento del cáncer, médula ósea o trasplante de órganos, inmunodeficiencias, VIH o SIDA mal controlado, o uso de corticosteroides u otros medicamentos que debilitan el sistema inmunológico), diabetes, enfermedad cardíaca grave (incluida insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad cardíaca congénita, miocardiopatías e hipertensión), enfermedad renal crónica en proceso diálisis, enfermedad hepática u obesidad grave.

Para ser completado por el proveedor de atención médica

Nombre del proveedor de atención médica: _____

Dirección del proveedor de atención médica: _____

Tipo de práctica/especialidad médica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

1. ¿El estudiante designado tiene una condición médica subyacente considerada de alto riesgo de enfermedad grave por COVID-19 según lo determinado por los CDC y lo mencionado anteriormente? Sí No
2. En caso afirmativo, proporcione el diagnóstico médico de la condición médica subyacente (según lo identifican los CDC) de este estudiante.

Firma del proveedor de atención médica

Fecha