

**SOLICITUD DE ACOMODO A LA POLÍTICA DE COBERTURA FACIAL POR CONDICIONES
MÉDICAS**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

En conformidad con la guía conjunta de IDPH e ISBE, así como con la Política del Distrito, cualquier persona presente en cualquier edificio, instalación o vehículo de transporte (es decir, autobús) que sea propiedad, operado o utilizado por el Distrito, deberá cubrirse la cara en todo momento, incluso cuando se mantenga el distanciamiento social. Una "cubierta facial" se define como "una cubierta facial de tela, una máscara N95, una máscara quirúrgica u otro material que cubre completamente la nariz y la boca y está aprobada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Las personas que no pueden cubrirse la cara debido a una condición médica pueden solicitar un acomodo razonable. Las solicitudes de acomodo razonables por una condición médica deben ser completadas y firmadas por el médico del estudiante u otro proveedor de cuidado médica calificado.

I. HISTORIAL - A COMPLETARSE POR EL PADRE O ENCARGADO DEL ESTUDIANTE

Razones de la solicitud de acomodo a la política de cobertura facial:

Explicación de los pasos tomados para aclimatar al estudiante a usar la cubierta facial y la respuesta del estudiante (si corresponde):

II. CERTIFICACIÓN MÉDICA - PARA SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR CUIDADO MÉDICO CUALIFICADO DEL ESTUDIANTE

Diagnóstico y / o descripción de una condición médica que impide que el estudiante use una cubierta facial:

Impacto que la condición médica del estudiante tiene en su capacidad de usar una cubierta facial:

Alternativa(s) sugerida del uso de cubierta facial para seguir las pautas de salud y seguridad de IDPH y CDC:

Cualquier información adicional relevante sobre la condición médica diagnosticada (opcional):

Firmado por:

Firma del proveedor de cuidado médico calificado

fecha

número de teléfono

Nombre del proveedor de cuidado médico calificado

Dirección del proveedor de cuidado médico calificado

III. CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN - PARA SER FIRMADO POR EL PADRE O ENCARGADO DEL ESTUDIANTE

YO autorizo al Distrito y al Proveedor de atención médica cualificado mencionados anteriormente, para intercambiar información mutuamente, incluyendo conversaciones, sobre la condición de medicación de mi estudiante y el impacto de la misma en el cumplimiento de la política de cobertura facial en mi estudiante.

Esta autorización es válida hasta _____ a menos que se revoque por escrito. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, sometiendo un aviso por escrito sobre el retiro de mi consentimiento. Entiendo que mi revocación de esta autorización no será efectiva para las acciones tomadas por el distrito escolar o la persona / agencia designada en dependencia de mi autorización y antes de la notificación de mi revocación. Entiendo que no autorizar la divulgación de información puede afectar la capacidad del Distrito de otorgar mi solicitud de acomodo razonable. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Ley de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y la Privacidad de la Familia y la Ley de Registros Escolares de Illinois. También entiendo que si me niego a firmar, dicha negativa no interferirá con la capacidad de mi hijo para obtener una educación pública gratuita y adecuada.

Nombre del padre: _____ **fecha:** _____

Firma del padre: _____

*Padre o encargado-favor de devolver este formulario completado para _____ (escriba el personal encargado a recibir el consentimiento) para que el equipo de la escuela o del Programa de Educación Individualizada puedan considerar su pedido de acomodo.