

**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 un estudiante tiene una condición médica de alto riesgo según la definición de los Centros para el Control de Enfermedades, deberá completar un formulario de certificación médica.

Los proveedores de atención médica deberán enviar este formulario por fax al Programa de aprendizaje virtual del FBISD al 281-327-1075.

**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.
3. ¿Tiene aprobación el alumno mencionado para participar en persona en alguna actividad extraescolar en su escuela?  Sí  No
4. Si la respuesta es sí, describa el tipo de actividades en las que el alumno tiene autorización para participar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del proveedor de atención médica**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Proveedores de atención médica:** Envíe por fax este formulario al Programa de aprendizaje virtual del FBISD al 281-327-1075.