

**Escuelas Públicas del Condado de Prince William
Solicitud de exención médica del uso de mascarilla o cubierta facial 2021-22**

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR	
Nombre del estudiante:	Grado:
Nombre de la escuela:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre/madre/tutor:	Fecha de envío:
¿Tiene el estudiante un IEP o un Plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Con mi firma a continuación, acepto que he leído y comprendido lo siguiente:	
<ol style="list-style-type: none"> Si a mi estudiante se le concede una exención del requisito de usar mascarilla en la escuela debido a una condición de salud o discapacidad, es posible que se requiera que mi estudiante emplee otras estrategias de mitigación mientras esté en la escuela. Mi médico puede certificar la necesidad de mi estudiante de una exención de mascarilla debido a una condición de salud o discapacidad, pero no tiene la autoridad para exigir que PWCS proporcione una adaptación o estrategia de mitigación específica. Mi estudiante debe permanecer en casa y no ir a la escuela, o será regresado a casa desde la escuela, si mi estudiante muestra algún síntoma asociado con COVID-19 o no se encuentra bien. Los estudiantes sin cubierta facial expuestos directamente al COVID-19 serán enviados a casa para que hagan cuarentena, en concordancia con las directivas del distrito de Salud de Prince William. No usar una cubierta facial pone a mi estudiante en mayor riesgo de exposición al COVID-19 a pesar del uso de otras estrategias de mitigación. 	
Firma del padre/madre/tutor:	Fecha:
Teléfono del padre/madre/tutor:	Correo electrónico del padre/madre/tutor:
TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN (M.D., D.O or a N.P.) (PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO)	
<ol style="list-style-type: none"> Does the student have a health condition or disability that prohibits wearing a mask at school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Please identify the health condition or disability and explain how it prohibits mask wearing: Does the student's health condition or disability allow the student to wear a mask with transparent window? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Does the student's health condition or disability allow the student to wear a mask if allowed periodic breaks from usage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If so, describe the frequency and duration of recommended breaks. _____ Does the student's health condition or disability prohibit any of the following non-mask mitigation strategies? <input type="checkbox"/> face shield <input type="checkbox"/> plexiglass divider <input type="checkbox"/> enhanced physical distancing <input type="checkbox"/> periodic COVID-19 screening testing If so, explain why. _____ Is the student fully vaccinated against the novel coronavirus (COVID-19)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 	
Health Care Provider Name (Print):	
Health Care Provider Phone Number:	
Has the parent signed a release for you to consult with a PWCS School Nurse? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Health Care Provider Signature:	Date:

Por favor, entregue este formulario a la enfermería de su escuela.