



# SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Jaime Alicea, Superintendent of Schools

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ESCUELA VIRTUAL POR COVID-19

*Todos los expedientes médicos se deben recibir antes de la aprobación.*

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ N.º de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia y teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### **DEBE COMPLETARLO EL PADRE/MADRE/TUTOR:**

Mi hijo tiene **necesidades médicas excepcionales/salud debilitada** que le impedirán regresar a la escuela de manera segura en un entorno presencial.

Mi hijo **vive con personas que tienen necesidades médicas excepcionales/salud debilitada** y se beneficiaría de recibir educación virtual para limitar la exposición a otras personas durante la jornada escolar.

**\*\*Debe entregar documentación médica\*\***

Si marcó una de las casillas arriba, confirme marcando la casilla de abajo que **enviará el formulario de Exención médica para escuela virtual por COVID-19 antes del 8/27/2021** para completar el proceso de solicitud de aprendizaje virtual para su hijo.

Si se inscribe a mi hijo en la opción de aprendizaje virtual, necesitará acceso a un dispositivo que da el distrito para participar activamente en educación virtual.

Obtuve y adjunto una copia del examen físico de mi hijo.  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

**SU SOLICITUD NO SE REVISARÁ SI NO ENTREGA UNA COPIA DEL EXAMEN FÍSICO**

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ N.º de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

**DEBE COMPLETARLO EL PROVEEDOR: (PhD y MSW deben firmar conjuntamente con un médico)**

Su paciente solicitó el **Programa de escuela virtual por COVID-19**. Este programa se diseñó para estudiantes con **consideraciones excepcionales médicas o situaciones de vida** que necesitan participar en educación virtual. Asegúrese de que su paciente necesita la educación a través del Programa de escuela virtual por COVID-19 antes de completar este formulario. Debe adjuntar un examen físico anual (hecho en el último año) a esta solicitud.

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Orientación psicológica/psiquiátrica: \_\_\_\_\_ necesaria para el Programa de escuela virtual por COVID-19 debido al diagnóstico de salud mental

Procedimientos quirúrgicos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Estado/ánimo actual del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización esperada: \_\_\_\_\_

Última visita a la clínica: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia atiende al paciente? \_\_\_\_\_

**Los padres deben entregar información médica actualizada cada 90 días o al final del semestre para la educación virtual por COVID-19**

¿Por qué su paciente **médicamente** no puede asistir a educación presencial en un salón de clases normal?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Se pueden hacer adaptaciones razonables para que su paciente siga asistiendo al salón de clases?

Sí, \_\_\_\_\_

No, \_\_\_\_\_

Gracias por su tiempo. Entregue la información médica actualizada como se le pide. **LEA LAS INSTRUCCIONES EN LA PÁGINA 2 PARA CUANDO EL ESTUDIANTE REGRESE A LA ESCUELA. Pida al padre/madre que firme una revelación de información médica para su clínica. Envíe una copia con esta solicitud.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_

**Sello del proveedor (obligatorio):** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ N.º de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

**DEBE COMPLETARLA EL DIRECTOR MÉDICO O SU DESIGNADO:**

- Se recomienda para aprobación
  - Programa de escuela virtual por COVID-19

- No aprobado
  - Falta el examen físico
  - Falta otra información \_\_\_\_\_
  - Faltan las notas del médico
  - Falta el formulario de revelación de información médica
  - Otro

Firma (director médico o su designado): \_\_\_\_\_

---

**REVISIÓN DEL COMITÉ DEL PROGRAMA DE ESCUELA VIRTUAL POR COVID-19:**

Miembros del comité: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Información actualizada: \_\_\_\_\_

- Aprobado
  - Programa de escuela virtual por COVID-19

NO aprobado

Razón: \_\_\_\_\_

## Principios rectores del Programa de escuela virtual:

1. El aprendizaje presencial es importante para apoyar a los estudiantes a alcanzar el éxito académico, el bienestar emocional y el desarrollo social. El Distrito Escolar de la ciudad de Syracuse está entusiasmado y preparado para recibir de nuevo a todos los estudiantes en aprendizaje presencial para el año escolar 2021 y 2022.
2. El distrito planea practicar todas las medidas de seguridad recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Asociación Americana de Pediatría (AAP) en los edificios del distrito para garantizar la salud y seguridad de los estudiantes, del personal y de los visitantes de la escuela. Las medidas incluyen el uso obligatorio de maskarilla (sin importar el estado de vacunación), distanciamiento físico, mayor ventilación, saneamiento diario y lavado frecuente de manos.
3. Los estudiantes que tienen mayor riesgo de enfermarse gravemente de COVID-19 (incluyendo **los que tienen necesidades médicas importantes o que viven con personas inmunodeprimidas**) tendrán la opción de recibir educación académica básica en modalidad virtual. Las condiciones médicas\* que aumenten las probabilidades de enfermarse gravemente de COVID-19 hacen elegible a una persona para el aprendizaje virtual. Las condiciones médicas que no aumentan el riesgo de enfermarse gravemente de COVID-19 no hacen elegible a una persona para aprendizaje virtual. Para la mayor participación posible de todos los estudiantes en el aprendizaje presencial y evitar la propagación del COVID-19, las estrategias de mitigación se han implementado en los edificios de SCSD. Las estrategias incluyen certificaciones de salud (quedarse en casa si está enfermo), uso de mascarilla, higiene de manos, distanciamiento social, normas de higiene respiratoria y sistemas de purificación de aire.
4. Las familias deberán solicitar la opción del Programa de escuela virtual por COVID-19 **a más tardar el 27 de agosto de 2021 para que los niños puedan participar y a más tardar el 20 de diciembre de 2021 para el segundo semestre**. Todos los documentos de inscripción deben incluir un formulario médico completado por un profesional médico certificado que confirme que el estudiante tiene condiciones de salud debilitada o que vive con una persona que tiene condiciones de salud debilitada.
5. Las listas de estudiantes de educación virtual y presencial se aplicarán por semestre. Los cambios o adaptaciones a las listas de estudiantes presenciales o virtuales solo se harán al inicio del semestre. Por lo tanto, si elige que su hijo participe en el Programa de escuela virtual por COVID-19 al principio del año escolar, no tendrá la opción de regresar a educación presencial hasta enero de 2022.
6. Las políticas de asistencia y las expectativas deben ser congruentes para todos los estudiantes del distrito, sin considerar cómo está recibiendo educación el estudiante. Los estudiantes que elijan recibir educación virtualmente deberán asistir a la totalidad de sus clases durante la jornada escolar para poder recibir créditos académicos. La asistencia a las clases virtuales se monitoreará cuidadosamente y se hará un seguimiento con las familias cuando sea necesario.
7. Sincronía: todas las clases se imparten de forma sincrónica (enseñanza en vivo). Se espera que los estudiantes estén presentes en Teams para los períodos establecidos durante la jornada escolar regular.
8. Se recomienda a las familias que participen en el desarrollo y plan académico virtual de sus hijos. Las investigaciones muestran claramente que es necesario involucramiento de los padres en la experiencia educativa de sus hijos. Cuando las familias se involucran en la experiencia educativa de sus hijos, estos tienen calificaciones más altas, muestran índices más rápidos de aprendizaje de lectura y escritura, asisten a la escuela con más regularidad y tienen más probabilidad de graduarse de la escuela secundaria y de la universidad.

\*Ejemplos de condiciones médicas que pueden calificar para el Programa de escuela virtual: cáncer, diabetes lábil, enfermedad renal, trasplante de órganos, inmunodeficiencia



**AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN A LAS ESCUELAS**

**Le pedimos que firme este documento para que podamos obtener información médica del proveedor de su hijo.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Como padre/madre/tutor del niño mencionado y al haber completado este formulario autoriza a su médico, \_\_\_\_\_ a revelar información confidencial relacionada con la salud de su hijo a su escuela.

(Nombre del médico)

El objetivo de revelar esta información es promover el intercambio preciso de información médica y coordinar su atención y tratamiento con la escuela del niño. Esta información es importante por muchos motivos. Por ejemplo, la escuela puede necesitar esta información para dar medicamentos, controlar la enfermedad del niño y mantener un registro de vacunación.

Esta autorización limita la revelación de información a lo siguiente:

- Información de vacunación
- Informes de exámenes físicos
- Pruebas de laboratorio
- Medicamentos y tratamientos

Este formulario de autorización no permite la revelación de información médica confidencial que está especialmente protegida por la ley. Esto incluye la información sobre VIH, el abuso de sustancias, la información psiquiátrica e información genética; para la revelación de esa información se requiere de un formulario específico diferente.

La información se revelará a la escuela del distrito escolar indicado abajo hasta que nos informe que el menor ya no es un estudiante inscrito en la escuela. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento notificando al proveedor de servicios de salud por escrito. La revocación de esta autorización implica que ya no podremos revelar a la escuela la información del menor. La atención médica del menor no se verá afectada si no nos autoriza revelar su información a la escuela. En otras palabras, no le negaremos tratamiento a su hijo si no firma esta autorización. La escuela puede revelar a otros la información que revelemos a la escuela si esta no está obligada por ley a proteger la confidencialidad de esta información. Guarde una copia para su archivo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Escuela

**Devuelva este formulario con su solicitud.**