



Formulario de elegibilidad médica debido al COVID-19

Por favor, complete este formulario en su totalidad y envíelo por email al virtualenrollmentNEW@cps.edu dirigiéndose al personal de la inscripción de instrucción virtual. Notifique a su escuela sobre cualquier cambio de dirección o información de contacto y proporcione un email y una dirección postal actualizados y correctos. La solicitud no puede ser procesada hasta que se presente toda la documentación requerida.

PARTE 1: DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ # de identificación estudiantil: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Email: _____

Me gustaría que me notificaran sobre los resultados de la solicitud por medio de: Email Carta a la dirección del estudiante

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES: Por la presente, autorizo a _____ (proveedor de atención médica) y a las Escuelas Públicas de Chicago (CPS) a discutir, divulgar o intercambiar información contenida en este formulario o relacionada con él, o a divulgar información de los registros escolares y médicos de mi hijo para solicitar su inscripción virtual **debido al COVID-19**. Entiendo que la información que se discute, divulga o intercambia puede ser de manera escrita y/o verbal, solo con el propósito de determinar si la inscripción virtual es apropiada para el estudiante mencionado.

Además, entiendo que las solicitudes de inscripción virtual debido al COVID-19 están sujetas a la aprobación de CPS en base a los siguientes criterios:

- Documentación que describe una necesidad de salud/médica **debido al COVID-19** de un proveedor médico autorizado [médico (MD), doctor en medicina osteopática (DO), asistente médico (PA) o enfermero registrado de práctica avanzada (APRN)]; Y,
- Documentación de un proveedor médico autorizado que indique que el estudiante REQUIERE instrucción virtual debido a una necesidad de salud/médica causada por el COVID-19. He aquí una lista de condiciones médicamente frágiles: cps.edu/VirtualAcademyRequirements

Firma del padre o tutor

Fecha

PARTE II: DEBE SER COMPLETADA POR UN PROVEEDOR MÉDICO AUTORIZADO [médico (MD), doctor en medicina osteopática (DO), asistente médico (PA) o enfermero registrado de práctica avanzada (APRN)]

El padre/tutor mencionado, en nombre de su hijo, o el estudiante adulto ha indicado que la inscripción en las clases virtuales es necesaria para el estudiante debido a su condición médica causada por el COVID-19. Por favor, responda a continuación las siguientes preguntas sobre cómo la participación en las clases virtuales permitirá que se lleve a cabo el plan de tratamiento del estudiante. Este formulario debe ser completado en su totalidad. Toda la información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación.

Fecha del inicio de la atención médica _____

Fecha de la última visita del paciente _____

Diagnósticos y razones actuales del tratamiento para el COVID-19: DEBE incluir los códigos "ICD-10" o "DSM-5"

Describa el impacto de la condición de salud/médica del estudiante, debido al COVID-19, que requiere que el estudiante participe en la instrucción virtual.

Nombre del proveedor médico (en imprenta) _____

Nombre de la clínica _____

Dirección de la clínica _____

Número de teléfono _____

Número de fax _____

Email _____

Firma original del proveedor médico (requerida) _____

Fecha _____

Por favor, adjunte a la solicitud cualquier otra información o documentación en papel (con membrete del proveedor médico).