

Mascarillas para los estudiantes: solicitud de acomodación:

El Distrito Escolar de Filadelfia tiene en cuenta que algunos estudiantes pueden tener discapacidades, condiciones médicas o mentales que les impiden usar mascarilla de manera segura o efectiva. Para recibir una exención del requisito de mascarilla, cuando se lo pida, se debe completar este formulario en su totalidad y se debe enviar por email o en persona al equipo de adaptaciones de IEP/504 y/o a la enfermera/o de la escuela. **Los estudiantes con documentación anterior sobre una afección médica o mental o de discapacidad que requiere adaptaciones en su archivo no necesitan completar la parte 2.**

Nombre de la/del estudiante:	Grado de la/del estudiante:
------------------------------	-----------------------------

Parte 1: La debe completar la madre/padre/encargada/o:

- Solicito que mi hija/o, _____, se exima del requisito de mascarilla basado en la(s) afección(es) que califica(n) establecida(s) por la/el profesional médica/o a continuación. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:
- Confirmando que usar una mascarilla causará o empeorará una afección médica, incluyendo una afección mental o una discapacidad.
- Confirmando que mi hija/o y yo entendemos que puede haber un aumento en el riesgo de exposición al COVID-19.
- Confirmando que la escuela puede tomar medidas de precaución adicionales, tales como animar a mi hija/o a usar un protector de la cara (*face shield*), clases virtuales o una prueba de COVID para la casa. ● Confirmando que es mi obligación cumplir con todas las otras estrategias de mitigación, incluyendo mantener a mi hija/o en casa ante cualquier síntoma de enfermedad.

Firma de la madre/padre/encargada/o Fecha

Part 2: For completion by Medical Professional (MD, DO, PA, or NP): *(Debe completarla una/un profesional médica/o.)*

I certify that this student has a medical condition, mental health condition or disability that substantially limits a major life activity as described below AND that use of a mask may cause harm to the student. *(Certifico que esta/e estudiante tiene una afección médica, mental o una discapacidad que limita substancialmente su actividad diaria básica, como se describe más abajo, Y que el uso de la mascarilla puede causar daño a la/el estudiante).*

Impairment type (check) <i>(Tipo de impedimento):</i> List Impairments <i>(anote los impedimentos):</i> <input type="checkbox"/> Physical <i>(Físico)</i> <input type="checkbox"/> Medical <i>(Médico)</i> <input type="checkbox"/> Mental	
List Contraindications of mask wearing & check option below <i>(Anote las contraindicaciones para usar mascarilla y marque la opción a continuación):</i> 	
<input type="checkbox"/> Student may wear mask as tolerated / frequent breaks <i>(la/el estudiante puede usar mascarilla mientras la tolere/pausas frecuentes)</i>	<input type="checkbox"/> Student may not wear a mask <i>(La/el estudiante no puede usar mascarilla)</i>
Medical Professional Name (print) <i>(Nombre de la/el profesional médica/o):</i> Medical License # <i>(Licencia médica):</i> Phone # <i>(Teléfono):</i>	

Translation and Interpretation Center (8/2022) Mask Exemption Form (Spanish)



Signature of (*firma de*) MD, DO, PA, or NP Date (*Fecha*)

