



SOLICITUD DE EXENCIÓN MÉDICA DE LAS PRUEBAS DE COVID-19 PARA ESTUDIANTES

El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (NYCDOE), junto con la colaboración de NYC Health +Hospitals y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York, se ha asociado con laboratorios y otros proveedores para realizar pruebas de COVID-19 a los estudiantes, maestros y miembros del personal del NYCDOE.

Padre o tutor: Puede haber circunstancias excepcionales en las que un problema médico o de salud imposibilite realizar una prueba de COVID-19. Si usted cree que su hijo debe estar exento de realizarse la prueba de COVID-19 debido a dicho problema médico o de salud, por favor, complete este formulario (junto con la documentación y firma del médico de su hijo) y envíelo al director de la escuela de su hijo. Si su solicitud es aprobada, su hijo estará exento de realizarse la prueba de COVID-19.

Información del menor o estudiante

Nombre: _____ N.º de identificación/OSIS: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información del padre o tutor

Nombre: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Cuál es la mejor forma de contactarlo? Teléfono Correo electrónico

Motivo de la solicitud de exención

Seleccione un motivo para la exención:

Deformidad nasal Cirugía nasal Traumatismo facial

Otro (explique más abajo):

Adjunte la documentación médica de un proveedor de servicios de salud en relación con la solicitud de exención.

Información del médico

Nombre _____ Correo electrónico _____ Teléfono _____

Firma _____

To Be Completed by Principal or Program Director

(Esta sección la debe llenar el director de la escuela o del programa)

Name _____ Date _____

Principal comments:

Principal must email the completed form to the Office of School Health's Medical Review Unit (covidmedicalexemption@schools.nyc.gov) for exemption approval.