



## FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE SALUD COVID-19

Complete este formulario en su totalidad y envíe un correo electrónico a Sharon Patsalos, Facilitadora de Servicios de Salud a spatsalos@necsd.net O déjelo en el Edificio de la Junta de Educación (124 Grand Street, Newburgh, NY) a la atención de Sharon Patsalos. También puede llamar al 563-3497. La solicitud no se puede procesar hasta que se presente toda la documentación requerida.

### PARTE 1: PARA SER COMPLETADA POR LA PADRE / TUTOR

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Identificación del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre o tutor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Me gustaría ser notificado de los resultados de la aplicación por:  Correo electrónico  Carta a la dirección del estudiante

#### CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_ (proveedor de atención médica) y el Distrito Escolar de la Ciudad Ampliada de Newburgh (NECSD) para discutir, divulgar o intercambiar información contenida en o relacionada con este formulario, o divulgar información de los registros médicos y educativos de mi hijo con respecto a mi solicitud de inscripción virtual para los estudiante debido a COVID-19. Entiendo que la información que se discute, divulga o intercambia puede ser escrita y / o verbal, y solo se discutirá, divulgará o intercambiará con el propósito de determinar si la inscripción virtual es apropiada para el estudiante mencionado anteriormente.

Además, entiendo que las solicitudes de inscripción virtual de COVID-19 están sujetas a la aprobación de NECSD según los siguientes criterios:

- Documentación de una necesidad médica o de salud debido a COVID-19 de un proveedor médico autorizado [Doctor en Medicina (MD), Doctor en Medicina Osteopática (DO), Asistente de Médico (PA) o Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (APRN)]; Y,
- Documentación de un proveedor médico con licencia que indique que el estudiante REQUIERE instrucción virtual debido a una necesidad médica o de salud debido al COVID-19. Puede encontrar una lista de afecciones médicamente frágiles en [www.newburghschools.org/medical](http://www.newburghschools.org/medical)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARTE 2: PARA SER COMPLETADA POR UN PROVEEDOR MÉDICO CON LICENCIA [Doctor en Medicina (MD), Doctor en Medicina Osteopática (DO), Asistente Médico (PA) o Enfermera Registrada de Práctica Avanzada (APRN)]

El padre / tutor antes mencionado, en nombre de su estudiante o estudiante adulto, ha indicado que el estudiante debe matricularse en la escuela virtual debido a la necesidad médica o de salud del estudiante como resultado de COVID-19. Proporcione documentación sobre cómo la inscripción virtual respalda el plan de tratamiento del estudiante respondiendo a cada pregunta a continuación. Este formulario debe completarse en su totalidad. Toda la información proporcionada con esta solicitud está sujeta a verificación.

Inicio de la atención: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita del paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico actual y motivo del tratamiento relacionado con COVID-19: DEBE incluir el código (ICD-10 o DSM-5):

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

Nombre impreso del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_

Dirección de práctica: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma original del proveedor de atención médica (obligatorio): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Proporcione cualquier información o documentación adicional en papel con membrete del proveedor de atención médica para adjuntar con la solicitud.**