



Medical Certification for COVID-19 High Risk Exemption

Student name: _____	Campus: _____
---------------------	---------------

Return to in- person instruction medical certification exemption:

Should a student be identified to return to in-person instruction, but the student or an individual in his/her household has a high-risk medical condition as defined by the Centers for Disease Control, a medical certification form will need to be completed.

This form will need to be presented at the appeal meeting or emailed to the campus administration to claim the high-risk exemption for COVID-19.

Individual at Higher Risk: Individuals at higher risk for severe illness from COVID-19 are those individuals with certain underlying health conditions as designated by the CDC, which provides as follows:

Those individuals who are at higher risk of severe illness, as designated by the Centers for Disease Control (CDC), are those with conditions such as asthma, chronic lung disease, compromised immune systems (including from smoking, cancer treatment, bone marrow or organ transplantation, immune deficiencies, poorly controlled HIV or AIDS, or use of corticosteroids or other immune weakening medications), diabetes, serious heart disease (including heart failure, coronary artery disease, congenital heart disease, cardiomyopathies, and hypertension), chronic kidney disease undergoing dialysis, liver disease, or severe obesity.

To be completed by the Health Care Provider

Health Care Provider's Name: _____

Health Care Provider's Address: _____

Type of practice / Medical specialty: _____

Telephone: _____ Fax: _____

1. Does the named student have an underlying medical condition deemed to be high risk for severe illness from COVID-19 as determined by the CDC and listed above? Yes No
2. If yes, please provide the medical diagnosis of the underlying condition (as identified by the CDC) for this student.

Signature of Health Care Provider

Date



Certificación médica para la exención de alto riesgo para COVID-19

Nombre del estudiante:	Campus:
------------------------	---------

Exención de certificación médica para el retorno a las clases presenciales:

Si se determina que un estudiante retome las clases presenciales, pero el estudiante o alguien de su grupo familiar tiene una condición médica de alto riesgo según lo definido por los Centros para el Control de Enfermedades, se deberá completar un formulario de certificación médica.

Este formulario deberá presentarse en la reunión de apelación o enviarse por correo electrónico a la administración del campus para reclamar la exención de alto riesgo para COVID-19.

Personas con mayor riesgo: los CDC establecen que las personas con mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 son aquellas con ciertas condiciones de salud subyacentes, a saber:

Las personas que tienen un mayor riesgo de enfermedad grave, según lo designado por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), son aquellas con afecciones como asma, enfermedad pulmonar crónica, sistemas inmunitarios comprometidos (incluso por tabaquismo, tratamiento del cáncer, médula ósea o trasplante de órganos, inmunodeficiencias, VIH o SIDA mal controlado, o uso de corticosteroides u otros medicamentos que debilitan el sistema inmunológico), diabetes, enfermedad cardíaca grave (incluida insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad cardíaca congénita, miocardiopatías e hipertensión), enfermedad renal crónica en proceso diálisis, enfermedad hepática u obesidad grave.

Para ser completado por el proveedor de atención médica

Nombre del proveedor de atención médica: _____

Dirección del proveedor de atención médica: _____

Tipo de práctica/especialidad médica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

1. ¿El estudiante designado tiene una condición médica subyacente considerada de alto riesgo de enfermedad grave por COVID-19 según lo determinado por los CDC y lo mencionado anteriormente? Sí No
2. En caso afirmativo, proporcione el diagnóstico médico de la condición médica subyacente (según lo identifican los CDC) de este estudiante.

Firma del proveedor de atención médica

Fecha