

Formulario de exención de uso de mascarilla



El virus del COVID-19 se está contagiando primeramente a través de las gotas respiratorias. Aunque la mascarilla no provee una protección del 100% contra el virus, cuando se la utiliza apropiadamente, ayuda a capturar las gotas que se propalan de su nariz y boca y agrega una capa de protección.

Para proteger la salud de nuestros estudiantes y del personal, y para cumplir con la Ordenanza 001-21 de Salud Pública del Condado Johnson, las Escuelas Públicas de Olathe requieren que todas las personas ingresando a los planteles usen mascarilla u otra forma de cobertor facial.

Las excepciones están identificadas en la Ordenanza 001-21 de Salud Pública del Condado Johnson, y serán consideradas caso por caso. Aquellas personas que cumplan con uno de estos criterios pueden solicitar completar el formulario de excepción. **Por favor marque abajo el tipo de documentación que ya tenemos en los expedientes del distrito escolar** el cual identifica la condición calificada que le impide usar mascarilla. Aquellos que no pueden usar la mascarilla protectora, son animados a utilizar otro método de protección como el protector plástico para rostro.

- IEP (por sus siglas en inglés)
- Plan 504
- Plan de Acción de emergencia/Plan de salud Individualizado

Condición documentada que impide el uso de mascarilla protectora: _____

Aquellas personas sin previa documentación de una condición médica o mental deben solicitar un formulario de exención el cual debe ser completado por el médico o especialista tratante, documentando la condición que le impide usar mascarilla protectora.

Declaración del médico tratante:

El individuo especificado en la parte inferior tiene una condición médica que le impide utilizar una mascarilla facial. Óy, por lo tanto, debe ser exento del requisito de ponerse dicha mascarilla mientras se encuentre en las instalaciones de las escuelas públicas de Olathe.

Nombre del estudiante/personal escolar: _____

Condición que previene el uso de mascarilla: _____

Firma del doctor (MD, DO, APRN, PA)

Fecha

REGRESE EL FORMULARIO COMPLETO A LA ENFERMERA ESCOLAR O AL ADMINISTRADOR DEL PLANTEL