

Formulario de Verificación de Enfermedad Crónica



Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Enviar el Formulario a: _____ Escuela: _____

Fax o Correo Electrónico: _____

Physician Verification

Dear Physician:

Your patient is a student enrolled in the San Mateo Union High School District. For our records, please list the chronic illness diagnosed for the student. Also, please check or list symptoms that would not warrant an office visit but might require the student to stay home from school. This will allow the parent/guardian to verify illnesses by listing in writing to the school the symptoms designated below, without bringing the child into your office for an examination. This document expires at the end of the academic year it was received.

Physician's signature: _____ Date: _____

Physician's printed name: _____

Physician's address: _____

Note: Copy of business card or letterhead is required.

Chronic Illness / Medical Diagnosis / Symptoms / Frequency*

Diagnosis: _____

Symptoms: _____

Expected Frequency of Episodes: _____ (Example: Monthly, four times per school year, etc.)

Length of absence per episode: _____ day(s)

Neurological System

- Lethargy
- Dizziness/Unsteadiness
- Numbness in extremities
- Petit mal seizures
- Grand mal seizures
- Blurred vision

Integumentary System

- Skin lesions
- Infections
- Edema

Gastrointestinal System

- Nausea/vomiting
- Diarrhea
- Constipation
- Abdominal pain

Respiratory System

- Weakness/fatigue
- Pallor/Cyanosis
- Continual coughing
- Congested airway
- Difficulty breathing
- Pain

Cardiovascular System

- Weakness/dizziness
- Pallor/Cyanosis
- Palpitations
- Rapid pulse
- Arrhythmia
- Pain
- Fever/infection

Ear, Nose and Throat

- Chronic Infections
- Severe allergies
- Severe asthma
- Fever
- Pneumonia/bronchitis

Musculoskeletal System

- Pain
- Inflammations/swelling

Genitourinary System

- Bladder/kidney infection
- Fever

Additional Comments:

Autorización del Padre/Tutor para el Intercambio de Información

Por la presente solicito y autorizo el intercambio de información sobre el diagnóstico mencionado anteriormente relacionado con mi estudiante entre el personal designado de la oficina de salud de la escuela/distrito del Distrito de Escuelas Preparatorias de San Mateo y el médico mencionado anteriormente.

Solicito que el Distrito de Escuelas Preparatorias de San Mateo se comuniquen con el padre/tutor que firma esta autorización antes de comunicarse con la profesión médica que autoriza. ____ (Iniciales aquí para solicitar)

Este contacto sólo se realizará si la frecuencia o la duración de las ausencias excede los números autorizados anteriormente. Entiendo además con esta verificación; Debo presentar una explicación por escrito para verificar cada ausencia.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Imprenta del Padre/Tutor: _____

***All areas and appropriate symptoms must be filled in for this form to be valid.**

Preguntas Frecuentes Sobre el Formulario de Verificación de Enfermedades Crónicas (CIVF)

El Formulario de Enfermedades Crónicas permite a los padres/tutores excusar las ausencias debido a una condición médica específica con la misma autoridad que un profesional médico. A continuación se encuentran las pautas para completar el formulario correctamente para establecer y mantener esta autorización.

1. Se deben completar ambos lados del CIVF.
 - a. Lado 1 = Formulario de Verificación de Enfermedad Crónica;
 - b. Lado 2 = Consentimiento para divulgar o intercambiar información
2. La escuela/distrito no aceptará ningún CIVF que no tenga la frecuencia esperada de episodios, la duración de la ausencia, el diagnóstico, los síntomas apropiados enumerados, el membrete del médico o del grupo médico o la tarjeta comercial adjunta y la firma adecuada (s). Los formularios incompletos serán devueltos a los padres/tutores.
3. La escuela puede enviar por fax el CIVF al consultorio del médico para verificar la autenticidad del documento. Un administrador o su designado **debe** rechazar la aceptación de cualquier CIVF que consideren fraudulento.
4. Las escuelas sólo marcarán las ausencias como "I" (enfermedad) cuando el padre/tutor proporcione una verificación por escrito que enumere una o más razones especificadas en el formulario bajo "Síntoma(s)". Las llamadas telefónicas no son aceptables y las ausencias se marcarán como "Injustificadas" o "Ausentes" para cualquier ausencia que no se haya aclarado adecuadamente mediante una verificación por escrito.
5. El personal de la escuela revisará la frecuencia y la duración esperada del episodio de ausencias justificadas por el cumplimiento razonable de las pautas del médico descritas en el formulario. Si existe una preocupación acerca de que el estudiante no esté progresando académicamente debido a estas ausencias o si se está haciendo un uso indebido del privilegio, la escuela se comunicará con el estudiante y/o el padre/tutor para analizar estas inquietudes. Para algunos estudiantes con enfermedades crónicas, los programas educativos alternativos pueden satisfacer sus necesidades de manera más adecuada.
6. Si la escuela tiene preguntas no resueltas, después de hablar con el estudiante y/o el padre/tutor, el personal designado de Servicios de Salud se comunicará con el Médico autorizador con preguntas específicas relacionadas con el diagnóstico y el ausentismo. El personal de Servicios de Salud se referirá al CIVF si las iniciales del padre/tutor requieren contacto con ellos antes de acceder al Médico.
7. Recuerde, el formulario CIVF caduca al final del año académico. Se debe obtener un nuevo formulario anualmente.

Si tiene preguntas, comuníquese con el asistente de salud de su escuela o con el Gerente de Servicios de Salud de SMUHSD al: 650-558-2222.