

Solicitudes de estudiantes para exenciones médicas: Vacuna del COVID-19.

Nombre: _____

G#: _____

Colegio: _____

Correo electrónico del estudiante SMCCCD: _____

Teléfono: _____

La Política 2.90 de SMCCCD requiere que todos los estudiantes que accedan a la instrucción y los servicios en el campus reciban una vacuna contra el COVID-19. Se puede otorgar una exención médica a un estudiante de SMCCCD tras recibir y evaluar los hechos presentados en un formulario de Solicitud de exención médica completo. **SMCCCD revisa cuidadosamente todas las solicitudes de exenciones médicas. La aprobación no está garantizada.**

El Oficial de Salud de COVID-19 del Distrito revisará cuidadosamente cada solicitud y determinará su aprobación. Una vez que se haya revisado y procesado la solicitud, se le notificará por escrito si la exención se ha concedido o rechazado. Si la exención aprobada contiene una fecha de finalización, se espera que complete la vacunación antes de la misma. Si la condición continúa, o se presenta una nueva contraindicación para la vacunación, se requiere una nueva solicitud con documentación actualizada. Las decisiones son finales y no están sujetas a apelación. Las personas cuyas solicitudes han sido rechazadas pueden volver a presentar una solicitud si se dispone de nueva documentación e información.

Proceso de exención médica:

- Lea la [información sobre la vacuna COVID-19 de los CDC](#);
- Complete y firme la siguiente página de este formulario;
- Pídale a su Proveedor de atención médica autorizado (médico) que complete la sección de proveedores de este formulario;
- Envíe los documentos completos requeridos.

No se revisarán los envíos incompletos. Envíe todos los formularios y la documentación juntos.

Los formularios de solicitud completados y toda la documentación requerida se pueden cargar en el enlace del Formulario de solicitud de exención de vacunación del COVID-19 del Distrito que se encuentra en el Portal para estudiantes de Websmart:

<https://phx-ban-ssb8.smccd.edu/>

SECCIÓN 1: A ser completado por el estudiante

Escriba sus iniciales al lado de cada declaración:

	Solicito la exención de los requisitos de vacunación COVID-19 debido a mi condición médica actual. Entiendo y asumo los riesgos de no vacunarme. Acepto toda la responsabilidad por mi salud, y elimino así la responsabilidad de SMCCCD sobre la vacunación requerida.
	Entiendo que como no estoy vacunado, para proteger mi propia salud y la salud de la comunidad, cumpliré con los requisitos de prueba del COVID-19 asignados y otros requisitos preventivos identificados para las personas no vacunadas, que incluyen, entre otros, el uso de mascarillas faciales.
	Entiendo que en caso de un brote o amenaza de brote, puedo ser excluido temporalmente de las instalaciones del SMCCCD y de las actividades aprobadas en el sitio. Acepto cumplir con estas restricciones y acepto la responsabilidad de comunicarme con el personal de la universidad según corresponda para permitir el cumplimiento de los requisitos de salud y seguridad para las personas no vacunadas.
	Si contraigo COVID-19, lo reportaré <u>inmediatamente</u> al Oficial de Salud COVID-19 (CHO) y cumpliré con todos los procedimientos de aislamiento y cuarentena especificados por los procedimientos del Distrito/Condado y me retiraré de la propiedad del distrito si así se me solicita.
	Reconozco haber leído la Información del CDC sobre la vacuna del COVID-19 .
	Entiendo que esta exención expirará cuando la condición médica que contraindica la vacunación mejore y permita la vacunación, según lo determinado por el Distrito al revisar la solicitud.
	Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas y procedimientos del Distrito en relación al COVID-19.
	Entiendo que esta exención solo es válida mientras se mantenga la política de vacunación del COVID-19 del Distrito y es posible que deba presentar una nueva solicitud para cualquier cambio posterior, nuevas contraindicaciones médicas o al vencimiento de una exención aprobada. Además, entiendo que la aprobación es provisional según la política de vacunación actual y está sujeta a cambios según los futuros requisitos del Distrito.
	Autorizo a mi proveedor de atención médica (médico) a proporcionar al SMCCCD información médica sobre mi exención médica para la vacuna del COVID-19.
	Certifico que la información que he proporcionado en relación con esta solicitud es precisa y completa a la fecha de realizar el envío. Entiendo que esta exención puede ser revocada y puedo estar sujeto a una acción disciplinaria del distrito si alguna parte de la información que proporcioné en respaldo de esta exención resulta ser falsa.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Al marcar esta casilla y escribir mi nombre arriba, comprendo y acepto que estoy enviando este documento electrónicamente y que es el equivalente legal de haber colocado mi firma por escrito en el documento enviado.

SECCIÓN 2: Debe ser completado por el proveedor de atención médica

Atención al proveedor de atención médica:

La política del Distrito de Colegios Comunitarios del Condado de San Mateo (SMCCCD) requiere que todos los estudiantes que acceden a la instrucción y los servicios en el lugar reciban una vacuna COVID-19. _____ (inserte el nombre del paciente) solicita una exención médica de este requisito de vacunación. Se puede otorgar una exención médica para ciertas contraindicaciones reconocidas.

Certifique el motivo médico por el que su paciente no debe vacunarse contra el COVID-19 completando este formulario y adjuntando la documentación de respaldo disponible. La información proporcionada en este formulario se revisará en consideración de la solicitud de exención.

CERTIFICACIÓN

Certifico que _____ (nombre del paciente) tiene la contraindicación anterior y respaldo la solicitud de una exención médica del requisito de la vacuna contra el COVID-19 del SMCCCD.

Explicación:

Información del proveedor

Nombre del proveedor médico: _____

Especialidad del proveedor médico: _____

Firma: _____

Número de licencia del proveedor: _____

Fecha: _____

Nombre de la compañía proveedora: _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____