SPANISH

# Formulario de elegibilidad por COVID-19

Llene este formulario en su totalidad y envíelo a virtualenrollment@fcps.edu.
La solicitud no puede procesarse hasta que no se presente toda la documentación.

**PARTE I: DEBE LLENARLA EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL**

| Nombre del alumno | Nombre de la escuela | N° de ident. del alumno | Año escolar solicitado |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Dirección del alumno | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Nombre del padre, madre o tutor legal | Correo electrónico |
|---|---|
| | |

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES:** Por medio de la presente autorizo a _____ (proveedor de cuidados médicos) y a las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS) hablar de, divulgar o intercambiar información incluida en este formulario o relacionada a él, o divulgar información de los expedientes educacionales y médicos de mi hijo con respecto a mi solicitud de matricular virtualmente al alumno arriba mencionado **debido al COVID-19**. Entiendo que la información de la que se hable, se divulgue o intercambie puede ser escrita y/o verbal, y que solo se hablará de ella, divulgará o intercambiará con el propósito de determinar si es apropiado una matrícula virtual para el alumno arriba mencionado.

Además, entiendo que las solicitudes de matrícula virtual por COVID-19 están sujetas a aprobación por parte de FCPS basándose en los siguientes criterios:

- Documentación de un problema de salud/médico del alumno **debido al COVID-19** por parte de un médico con licencia para ejercer en los EE. UU., enfermera con especialización médica, psiquiatra o psicólogo clínico; **Y**
- Documentación de un médico con licencia para ejercer en los EE. UU., enfermera con especialización médica, psiquiatra o psicólogo clínico con licencia que indique que el alumno **REQUIERE** instrucción virtual por un problema de salud/médico **debido al COVID-19**.

| Firma del padre, madre o tutor legal: | Fecha: |
|---|---|

**PARTE II. DEBE LLENARLA UN MÉDICO CON LICENCIA PARA EJERCER EN EE. UU., ENFERMERA CON ESPECIALIZACIÓN MÉDICA, PSIQUIATRA O PSICÓLOGO CLÍNICO CON LICENCIA**

El padre, madre o tutor legal arriba mencionado, en nombre de su hijo, o el alumno adulto ha indicado que se requiere matrícula escolar virtual para el alumno debido a un problema de salud/médico **como resultado del COVID-19**. Por favor, proporcione documentación detallada sobre cómo la matrícula virtual apoya el plan de tratamiento del alumno respondiendo cada una de las preguntas de abajo. ***Este formulario debe ser llenado en su totalidad.*** Toda la información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación.

| Inicio del tratamiento | Fecha de la última visita del paciente |
|---|---|
| | |

Diagnóstico actual o motivo para el tratamiento relacionado a COVID-19: DEBE incluir el Código (ICD-10 o DSM-5)

Describa el impacto del problema de salud/médico del alumno, debido al COVID-19, que requiere que el alumno participe en la instrucción virtual.

| Nombre en imprenta del proveedor de cuidados médicos | Nombre del consultorio |
|---|---|
| | |

Dirección del consultorio

| Número de teléfono | Número de fax | Correo electrónico |
|---|---|---|
| | | |

| Firma original del proveedor de cuidados médicos (obligatorio) | Fecha |
|---|---|
| | |

Por favor, proporcione cualquier información adicional o documentación en papel membretado del médico para adjuntarla a esta solicitud.

# COVID-19 Health Eligibility Form

Please complete this form in its entirety and submit to virtualenrollment@fcps.edu.
The application cannot be processed until all required documentation is submitted.

## PART I: TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN

| Student Name | School Name | Student ID # | Requested School Year |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Student Address | City | State | Zip Code | Phone |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Parent or Guardian Name | Email |
|---|---|
| | |

**PARENTAL CONSENT:** I hereby authorize_____and Fairfax County Public Schools (FCPS) to
(healthcare provider)
discuss, release, or exchange information contained in or related to this form, or release information from my child's education and medical records concerning my request for virtual enrollment for the above-referenced student **due to COVID-19**. I understand that the information that is discussed, released or exchanged may be written and/or verbal, and will only be discussed, released or exchanged for the purpose of determining whether virtual enrollment is appropriate for the above-referenced student.

Further, I understand that COVID-19 virtual enrollment requests are subject to approval by FCPS based on the following criteria:

- Documentation of a health/medical need **due to COVID-19** from a licensed physician, nurse practitioner, psychiatrist, or licensed clinical psychologist; **AND**,
- Documentation from a licensed physician, nurse practitioner, psychiatrist, or licensed clinical psychologist indicating that the student **REQUIRES** virtual instruction because of a health/medical need **due to COVID-19.**

_____ _____
Parent or Guardian Signature Date

## PART II. TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, PSYCHIATRIST OR LICENSED CLINICAL PSYCHOLOGIST

The above-named parent/guardian, on behalf of their student, or adult student has indicated virtual school enrollment is required for the student due to the student's health/medical need **as a result of COVID-19**. Please provide documentation on how virtual enrollment supports the student's treatment plan by responding to each question below. ***This form must be completed in its entirety.*** All information provided with this request is subject to verification.

| Onset of Care | Date of Last Patient Visit |
|---|---|
| | |

Current Diagnosis and reason for treatment as related to COVID-19: MUST Include Code (ICD-10 or DSM-5)

Describe the impact of the student's health/medical condition, due to COVID-19, that requires the student to participate in virtual instruction?

| Printed Name of Health Care Provider | Practice Name |
|---|---|
| | |

| Practice Address |
|---|
| |

| Phone Number | Fax Number | Email |
|---|---|---|
| | | |

| Original Signature of Healthcare Provider (Required) | Date |
|---|---|
| | |

Please provide any additional information or documentation on healthcare provider letterhead to attach with request.