



TITLE:

Lista de Control de Elegibilidad por  
Enfermedad Crónica

FORM: JEAA-R-F(3)S

Updated 8/13/2020

Nombre del estudiante

Número del estudiante

Fecha

Nombre de la escuela

Grado

Nombre del padre

Dirección

Teléfono

Lista de control de elegibilidad:

- \_\_\_\_\_ 1. Certificado médico de enfermedad crónica (incluyendo certificado de limitaciones físicas para educación física) recibido por la escuela.
- \_\_\_\_\_ 2. El secretario o especialista de oficina ha marcado el casillero "Enfermedad crónica" en la pantalla del sistema "Synergy" en la pestaña "Otra información"
- \_\_\_\_\_ 3. El enfermero de la escuela ha sido informado del estado de salud crónico del estudiante, el nombre del estudiante ha sido agregado en la pantalla "Condiciones de salud" del sistema "Synergy."
- \_\_\_\_\_ 4. El maestro ha sido informado del estado de salud crónico del estudiante.
- \_\_\_\_\_ 5. El consejero/asesor estudiantil ha sido informado del estado de salud crónico del estudiante.
- \_\_\_\_\_ 6. Actividades/requisitos de educación física adaptados de acuerdo al certificado médico.
- \_\_\_\_\_ 7. Los maestros del estudiante acuerdan proporcionar la tarea en casa durante las ausencias registradas en el año escolar en curso, después de tres ausencias consecutivas. Las tareas subsiguientes solo serán entregadas si las anteriores fueron devueltas.
- \_\_\_\_\_ 8. El padre/tutor acepta entregar las tareas completadas a la escuela por las ausencias registradas durante el año escolar en curso.
- \_\_\_\_\_ 9. La copia del certificado médico podrá ser enviada al médico.

Entiendo que mi hijo/hija no será elegible para participar en ninguna actividad competitiva de deportes, baile, porristas, coro, banda musical u otras actividades extracurriculares en los días que esté ausente durante el tiempo que está cubierto por el programa de enfermedades crónicas.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal/Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de la reunión del acuerdo de instrucción (opcional)

\_\_\_\_\_  
Firma del consejero o asesor estudiantil/Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del director/Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del enfermero/Fecha