



PRUEBA COVID-19  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN MÉDICA  
(completado por el proveedor médico)

Apellido del Alumno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nº de Identificación del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba en letra de molde el nombre del MD, DO, PA, NP autorizado)  
certifico que el alumno arriba mencionado tiene una condición médica que está contraindicada para que  
se le realice la prueba de COVID-19 semanal:

Por favor, marque la casilla correspondiente y describa a continuación:

- Existe una contraindicación de los CDC aplicable a las pruebas semanales de COVID.
- Existe una contraindicación del fabricante aplicable a las pruebas semanales.
- Hay una condición física de la persona o una circunstancia médica relacionada con la persona que son tales que las pruebas semanales no se consideran seguras.

**\*REQUERIDO:** Descripción de la contraindicación, condición física o circunstancia médica que cumple con uno o más de los criterios anteriores:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta contraindicación, condición o circunstancia es:  Permanente  Temporal

Si es temporal, la fecha de expiración de la exención es: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Licencia Médica y Estado/País de emisión: \_\_\_\_\_

Dirección, Número de Teléfono y Correo Electrónico del Proveedor (en letra de molde o con un sello):

Nombre del Padre/Tutor (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_