



COVID-19 TESTING  
MEDICAL EXEMPTION REQUEST FORM  
(completed by medical provider)

Tên Họ của Học Sinh: \_\_\_\_\_ Tên gọi: \_\_\_\_\_

Số thẻ Học Sinh ID: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Tôi, \_\_\_\_\_ [in tên MD, DO, PA, NP được cấp phép] bằng văn bản này xác nhận rằng học sinh có tên ở trên đã: Có một tình trạng y tế chống chỉ định cho học sinh này được xét nghiệm COVID-19 hàng tuần:

Xin vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp mô tả bên dưới:

- Có chống chỉ định CDC áp dụng cho việc kiểm tra COVID hàng tuần.
- Có chống chỉ định của nhà sản xuất hiện hành đối với việc kiểm tra hàng tuần.
- Tình trạng thể chất của học sinh đó hoặc hoàn cảnh y tế liên quan đến học sinh đó mà xét nghiệm hàng tuần không được coi là an toàn.

**\* YÊU CẦU:** Mô tả chống chỉ định, tình trạng thể chất hoặc hoàn cảnh y tế đáp ứng các tiêu chí trên:

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

Chống chỉ định, điều kiện hoặc hoàn cảnh này là:  Dài hạn  Tạm thời

Nếu tạm thời, ngày hết hạn miễn trừ là: \_\_\_\_\_

Chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ y tế: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Số giấy phép y tế & Tiểu bang / Quốc gia cấp: \_\_\_\_\_

Địa chỉ nhà cung cấp, số điện thoại và email (in hoặc đóng dấu):

Tên của Phụ Huynh / Người Giám Hộ (Viết In):

\_\_\_\_\_

Chữ ký của Phụ Huynh / Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_