



Medical Certification for Virtual Learning Priority

Student name:	IDEA Campus:
---------------	--------------

To receive priority for IDEA's virtual learning program, this medical certification form will need to be completed to verify that the student or an individual in his/her household has a high-risk medical condition as defined by the Centers for Disease Control and Prevention.

This form will need to be provided as part of the student's application to enroll in virtual learning. In addition, the student will need to meet all other eligibility criteria established by IDEA and the Texas Education Agency.

Individuals at Higher Risk: Individuals at higher risk for severe illness from COVID-19 are those individuals with certain underlying health conditions as designated by the Centers for Disease Control and Prevention. These conditions include: asthma, chronic lung disease, compromised immune systems (including from smoking, cancer treatment, bone marrow or organ transplantation, immune deficiencies, poorly controlled HIV or AIDS, or use of corticosteroids or other immune weakening medications), diabetes, serious heart disease (including heart failure, coronary artery disease, congenital heart disease, cardiomyopathies, and hypertension), chronic kidney disease undergoing dialysis, liver disease, or severe obesity.

To be completed by the Health Care Provider

Health Care Provider's Name: _____

Health Care Provider's Address: _____

Type of practice / Medical specialty: _____

Telephone: _____ Fax: _____

1. Does the named student have an underlying medical condition deemed to be high risk for severe illness from COVID-19 as determined by the CDC and listed above? Yes No
2. Does the named student reside with an individual who has an underlying medical condition deemed to be high risk for severe illness from COVID-19 as determined by the CDC and listed above? Yes No
3. If yes to either question, please provide the medical diagnosis of the underlying condition (as identified by the CDC) for this student or the individual who lives with them.

Signature of Health Care Provider

Date



Certificación Médica Para Prioridad de Aprendizaje Virtual

Nombre del estudiante:	IDEA Campus:
------------------------	--------------

Para recibir prioridad para el programa de aprendizaje virtual de IDEA, este formulario de certificación médica deberá ser llenado para verificar que el estudiante o una persona en su hogar tenga una afección médica de alto riesgo según lo definido por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

Este formulario deberá proporcionarse como parte de la solicitud del estudiante para inscribirse en el aprendizaje virtual. Además, el estudiante deberá cumplir con todos los demás criterios de elegibilidad establecidos por IDEA y la Agencia de Educación de Texas.

Personas con mayor riesgo: Las personas con mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 son aquellas personas con ciertas afecciones de salud subyacentes según lo designado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Estos diagnósticos incluyen: asma, enfermedad pulmonar crónica, sistemas inmunes comprometidos (incluso por fumar, tratamiento del cáncer, trasplante de médula ósea u órganos, deficiencias en el sistema inmune, VIH o SIDA mal controlados o uso de corticosteroides u otros medicamentos que debilitan el sistema inmune), diabetes, enfermedad cardíaca grave (incluida insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad cardíaca congénita, cardiomiopatías e hipertensión), enfermedad renal crónica sometida a diálisis, enfermedad hepática u obesidad severa.

Para ser completado por el Proveedor de Atención Médica

Nombre del Proveedor de Atención Médica:

Dirección del Proveedor de Atención Médica:

Tipo de práctica / Especialidad Médica:

Teléfono: _____ Fax: _____

1. ¿El estudiante nombrado tiene una afección médica subyacente que se considera de alto riesgo de enfermedad grave por COVID-19 según lo determinado por los CDC y mencionado anteriormente? Sí No

2. ¿El estudiante nombrado reside con una persona que tiene una afección médica subyacente que se considera de alto riesgo de enfermedad grave por COVID-19 según lo determinado por los CDC y mencionado anteriormente? Sí No

En caso afirmación a cualquiera de las preguntas, por favor proporcione el diagnóstico médico de la afección subyacente (según lo identificado por los CDC) para este estudiante o la persona que vive con ellos.

Firma del Proveedor de Atención Médica

Fecha