



Russell Westbrook Why Not? Academy

Student Medical Exemption to COVID-19 Vaccine Licensed Physicians (MD or DO only)

STUDENT NAME (Last, First, Middle):		BIRTHDATE:	
SCHOOL NAME	SCHOOL YEAR:	GRADE:	GENDER:

Exemption Due to Physical Condition or Medical Circumstance

I understand that due to the pandemic, combined with any additional personal risk factors (*school exposure, comorbidities, congregate or group living status, etc.*) the child may be at increased risk of acquiring COVID-19 with the potential for severe and fatal consequences. I have reviewed information about this vaccine and discussed with my medical professional the risks and benefits of my child not being vaccinated.

I understand that, whenever the school has good cause to believe that a pupil who is not completely immunized against a particular communicable disease may have been exposed to that disease, the school shall immediately inform the local health officer. The local health officer shall determine whether the pupil is at risk of developing or transmitting the disease and, if so, may require the exclusion of the pupil from that school until the completion of the incubation period or, if infection is suspected or occurs, until completion of the period in which the disease is communicable.

Vaccine	Duration of physical condition or medical circumstance	
COVID-19	Temporary until date: _____	Permanent

Indicate the specific nature and probable duration of the medical condition or circumstances, that student shall be exempt from the requirements of the COVID-19 immunization:

Licensed physician's name, address, and telephone number:

Signature: _____ MD/DO

License Number: _____

Date: _____

Parent/Guardian Consent for Release of Information

I, (parent/guardian name) _____ authorize (physician name) _____ to provide the Russell Westbrook Why Not? MS or HS with information contained in my child's medical record, including, but not limited to records supporting this request.

Parent Signature: _____ Date: _____

Reviewed By _____ Date _____

LAPF COO (Print)

LAPF COO Signature

Date



Russell Westbrook Why Not? Academy

Exención médica a la vacuna COVID-19 para el estudiante Médicos con licencia (sólo con título MD o DO)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido, Nombre, Segundo nombre):		FECHA DE NACIMIENTO:	
NOMBRE DE LA ESCUELA:	AÑO ESCOLAR	GRADO ESCOLAR:	GÉNERO:

Exención por estado de salud física o circunstancia médica

Entiendo que debido a la pandemia, en combinación con cualquier otro factor de riesgo personal adicional (*exposición en la escuela, comorbilidad, vivir en un establecimiento de cuidado grupal o residencia grupal, etc.*) el niño(la niña) podría estar en mayor riesgo de desarrollar COVID-19 con la posibilidad de tener consecuencias graves y fatales. He revisado la información sobre esta vacuna y he discutido con mi profesional médico los riesgos y beneficios de que mi hijo(a) no esté vacunado(a).

Entiendo que, siempre que la escuela tenga un motivo justificado para creer que un alumno no completamente vacunado contra una enfermedad contagiosa determinada podría haber estado expuesto a esa enfermedad, la escuela informará inmediatamente al funcionario de salud local. El funcionario de salud local determinará si el(la) alumno(a) corre el riesgo de desarrollar o transmitir la enfermedad y, en caso afirmativo, podrá exigir la exclusión del(la) alumno(a) de esa escuela hasta el fin del período de incubación o, en el caso de sospecha de infección o de haber desarrollado infección, hasta el fin del período en que la enfermedad es contagiosa.

Vacuna	Duración del estado de salud física o la circunstancia médica	
COVID-19	<input type="checkbox"/> Temporal hasta la fecha: _____	<input type="checkbox"/> Permanente

Indique la naturaleza específica y la duración probable del estado de salud física o la circunstancia médica que eximirá al estudiante del requisito de la vacuna contra COVID-19:

Nombre, dirección y número de teléfono del médico con licencia:

Firma: _____ MD/DO

Número de licencia: _____

Fecha: _____

Consentimiento del padre/madre/tutor para la divulgación de información

Yo, (nombre del padre/madre/tutor) _____ autorizo a (nombre del médico) _____ que proporcione a la escuela secundaria o preparatoria Russell Westbrook Why Not? la información contenida en el expediente médico de mi hijo(a), incluyendo, pero no limitado a los registros que apoyen esta solicitud.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Revisado por _____

LAPF COO (en letra de molde) -

Firma de la COO de LAPF

Fecha