



School Health Services

Starr Center

102 North Plumer Street

Tucson, Arizona 85719

Carta a los Padres de Certificación Médica Crónica Vencida

A: Padre/Tutor

RE: Certificación Médica Crónica Vencida

De:

Escuela:

Fecha:

Estimado Padre/Tutor,

Nuestro registro indica que su niño(a) cuenta con una certificación médica crónica para _____, la cual se vence el _____.

Si usted desea que la certificación médica crónica continúe, le adjunto una forma nueva de Certificación Médica para Estudiantes con Condición de Salud Crónica (JHD-E1) para que la llene su proveedor de salud autorizado. Un proveedor de salud autorizado es un médico con licencia, podiatra, quiropráctico, médico de osteopatía, médico naturalista, asistente médico, o una enfermera profesional.

Cuando su proveedor de salud haya llenado la forma, por favor regrésela a la oficina de salud de su escuela.

Por favor, observe que hay una sección donde el médico puede marcar permanente. Si el médico pone sus iniciales en esta sección, la forma no tendrá que ser llenada cada año escolar. Si es marcada permanente, sólo un plan instructivo nuevo será requerido en los años subsiguientes.

Adjunta encontrará una carta que explica la enfermedad crónica (JHD-E3). Si tiene cualesquiera preguntas, por favor no dude en llamarme al _____ o enviarme un correo electrónico a _____.

Atentamente,