

Certificación Médica para Solicitud de Arreglos de Vacunación y Pruebas de COVID-19

A completar por el proveedor médico para la siguiente persona:

Nombre del Empleado: _____

Querido proveedor médico

Anne Arundel Community College (AACC) requiere la vacunación contra COVID-19 con una vacuna que ha sido completamente aprobada o emitida por la autorización de uso de emergencia por la Administración de Alimentos y Medicamentos o por el gobierno de un país extranjero donde se administró la vacuna ("vacuna COVID-19") o pruebas de COVID-19 ("pruebas COVID-19") para empleados que ingresan físicamente al lugar de trabajo como condición de empleo. La persona nombrada anteriormente, un empleado de AACC (Empleado), está solicitando un arreglo de este protocolo debido a una discapacidad o razones médicas. Si, en su opinión médica, cree que el Empleado no debe recibir una vacuna contra el COVID-19 y no debe hacerse la prueba de COVID-19, complete este formulario para ayudar a la universidad en el proceso de un arreglo razonable.

Vacunación:

El Empleado no debe ser inmunizado contra COVID-19 por las siguientes razones (por favor verifique todas las que correspondan):

- El Empleado tiene antecedentes de reacción alérgica previa para indicar una reacción de hipersensibilidad inmediata a un componente de la vacuna.

Indique el tipo de reacción alérgica previa, el componente de la vacuna en cuestión y la razón por la que indica una hipersensibilidad a un componente de la vacuna.

Fecha de diagnóstico de la alergia: _____

- La condición física o las circunstancias médicas del Empleado son tales que la inmunización no se considera segura.

Indique la duración específica y probable de la afección o las circunstancias médicas que contraindican la inmunización con la vacuna contra la COVID-19 en el cuadro siguiente.

Fecha de diagnóstico de la condición médica: _____

- Otro

Por favor, proporcione una descripción que describa las razones por las que el Empleado necesita un arreglo de la opción de vacuna COVID-19.

Fecha de diagnóstico de la condición médica: _____

Indique qué marca (s) de la vacuna COVID-19 está contraindicada:

- Johnson & Johnson
- Moderna
- Pfizer
- Otro (indique el nombre de la vacuna que está contraindicada)

Pruebas:

El Empleado no debe someterse a la prueba de COVID-19 por las siguientes razones (marque todas las que correspondan):

- El estado físico o las circunstancias médicas del Empleado son tales que las pruebas no se consideran seguras.

Indique la duración específica y probable de la afección o las circunstancias médicas que contraindican la inmunización con la vacuna contra la COVID-19 en el cuadro siguiente, incluyendo si el Empleado podría someterse a pruebas utilizando ciertas técnicas de prueba, pero no otras (por ejemplo, hisopo nasal, saliva, etc.).

Fecha de diagnóstico de la condición médica: _____

- Otro

Por favor, proporcione una descripción que describa las razones por las que el Empleado necesita un arreglo de la opción de prueba COVID-19 en el cuadro a continuación.

Fecha de diagnóstico de la condición médica: _____

Solicitud de Arreglo:

Por favor, indique el arreglo que se está solicitando.

Por favor, indique el periodo de tiempo durante el cual se solicita este arreglo para el Empleado.

Certifico que el Empleado tiene las condiciones médicas mencionadas anteriormente y solicito arreglos tanto de la vacunación COVID-19 como de las pruebas para el Empleado.

Nombre del proveedor médico: _____

Firma del proveedor médico: _____ Fecha: _____

Nombre y dirección de la práctica médica: _____

Teléfono de la práctica: _____