

**NOVATO UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**Attendance Verification Form for Students with Chronic Illness**

STUDENT	D.O.B. (MM-DD-YY)	GRADE
FORWARD TO (SCHOOL):	FAX NUMBER	

**Dear Physician:**

Your patient is a student enrolled in the Novato Unified School District. For our records, please list below the chronic illness diagnosed for this student. Also, please check or list the symptoms that would not warrant an office visit, but might require the child to stay home from school. The purpose of this disclosure is to allow the parent to verify illnesses, by listing in writing to the school the symptoms designated below, without bringing the child to your office for an examination.

**Physician's Verification**

**X**

\_\_\_\_\_  
 Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

Chronic illness / medical diagnosis: \_\_\_\_\_

Symptom(s): \_\_\_\_\_

Length of absence per episode: In your professional opinion, up to approximately how many days per month would you reasonably expect the student to miss school due to this chronic illness? \_\_\_\_\_

**Neurological system**

- \_\_\_ Lethargy
- \_\_\_ dizziness/unsteadiness
- \_\_\_ Numbness in extremities
- \_\_\_ petit mal seizures
- \_\_\_ grand mal seizures
- \_\_\_ severe headache
- \_\_\_ blurred vision

**Integumentary system**

- \_\_\_ skin lesions
- \_\_\_ Infections
- \_\_\_ Edema

**Musculoskeletal system**

- \_\_\_ Pain
- \_\_\_ inflammation/swelling

**Respiratory system**

- \_\_\_ weakness/fatigue
- \_\_\_ pallor/cyanosis
- \_\_\_ continual coughing
- \_\_\_ congested airway
- \_\_\_ difficulty breathing

\_\_\_ Pain

**Cardiovascular system**

- \_\_\_ weakness/dizziness
- \_\_\_ pallor/cyanosis
- \_\_\_ Palpitations
- \_\_\_ rapid pulse
- \_\_\_ Arrhythmia
- \_\_\_ Pain
- \_\_\_ fevers/infections

**Gastrointestinal system**

- \_\_\_ nausea/vomiting
- \_\_\_ Diarrhea
- \_\_\_ Constipation
- \_\_\_ abdominal pain

**Genitourinary system**

- \_\_\_ bladder/kidney infection
- \_\_\_ Fever

**Ear, Nose & Throat**

- \_\_\_ chronic infections
- \_\_\_ severe allergies
- \_\_\_ severe asthma
- \_\_\_ Fever
- \_\_\_ pneumonia/bronchitis

\_\_\_ **Emotional / Psychological**

Additional Comments: \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Authorization for Exchange of Information**

My signature below authorizes the exchange of information on the above diagnosis pertaining to my child between Novato Unified School District staff, named as follows:

(Administrator's Name) \_\_\_\_\_, the District School Nurse, and my child's

physician, named as follows: \_\_\_\_\_

Use and Disclosure of Information: I understand and authorize this information to be used for verifying my child's chronic illnesses for attendances purposes.

Duration/Revocation: This document expires at the end of the academic year it was received.

I understand that I have the right to revoke this Authorization at any time. My revocation must be in writing, signed by me/on my behalf and delivered to the District. My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that the District or others have acted in reliance upon this Authorization.

I further understand with this verification, I must submit a written explanation or call the school Attendance Office to verify each absence.

**X**

\_\_\_\_\_  
 Parent / Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

# Formulario de verificación de asistencia para alumnos con enfermedades crónicas

ALUMNO	FECHA DE NAC. (Mes-Día-Año)	GRADO
MANDAR A (ESCUELA):	NÚMERO DE FAX	

**Estimado/a doctor/a:**

Su paciente es un/a estudiante matriculado/a en el Distrito Escolar Unificado de Novato. Para nuestros archivos, por favor explique abajo la enfermedad crónica diagnosticada para este/a alumno/a. Así mismo, por favor marque o enliste los síntomas que, aunque no requieran de una visita a su consultorio, sí harían que el/la estudiante se quede en casa y no vaya a la escuela. Esto va a permitir a sus padres verificar la enfermedad, al mandar por escrito a la escuela los síntomas que se diagnostican abajo, sin tener que llevar a su hijo/a al consultorio de usted, para que sea revisado/a. Este documento expira al final del año académico en que fue recibido.

**Verificación del médico**

X \_\_\_\_\_  
 Firma del médico Fecha

Enfermedad crónica / diagnosis \_\_\_\_\_

Sintoma(s): \_\_\_\_\_

Frecuencia esperada\* \_\_\_\_\_ de episodios y duración de ausencia por episodio: \_\_\_\_\_ día(s).

\* Ejemplos: mensualmente, 4 veces por año escolar, etc. (Si se desconoce, favor de escribir "se desconoce".) ¿En su opinión profesional, aproximadamente cuántos días al mes es razonable esperar que el estudiante falte a la escuela a causa de esta enfermedad crónica?

**Sistema neurológico**

- \_\_\_ letargia
- \_\_\_ mareo/inestabilidad
- \_\_\_ adormecimiento de las piernas
- \_\_\_ ataques pequeños
- \_\_\_ ataques mayores
- \_\_\_ dolores de cabeza severos
- \_\_\_ visión borrosa

**Sistema tegumentario**

- \_\_\_ lesiones en la piel
- \_\_\_ infecciones
- \_\_\_ edema

**Sistema musculoesquelético**

- \_\_\_ dolor
- \_\_\_ inflamación/hinchazón

**Sistema respiratorio**

- \_\_\_ Debilidad/fatiga
- \_\_\_ Palidez/cyanosis
- \_\_\_ Tos continua
- \_\_\_ congestionadas vías respiratorias
- \_\_\_ dificultad para respirar
- \_\_\_ dolor

**Sistema cardiovascular**

- \_\_\_ debilidad/mareo
- \_\_\_ palidez/cianosis
- \_\_\_ palpitaciones
- \_\_\_ pulso rápido
- \_\_\_ arritmia
- \_\_\_ dolor
- \_\_\_ fiebres/infecciones

**Sistema gastrointestinal**

- \_\_\_ náusea/vómitos
- \_\_\_ diarrea
- \_\_\_ constipación
- \_\_\_ Dolor abdominal

**Sistema genitourinario**

- \_\_\_ infección de vejiga o riñones
- \_\_\_ fiebre

**Oídos, nariz y garganta**

- \_\_\_ infecciones crónicas
- \_\_\_ alergias severas
- \_\_\_ asma severo
- \_\_\_ fiebre
- \_\_\_ neumonía/bronquitis

**Emocional / Sicológico**

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

**Autorización del padre o tutor para compartir la información**

Con mi firma de abajo autorizo el intercambio de información sobre el diagnóstico mencionado arriba de mi hijo(a), entre el personal del Distrito Escolar Unificado de Novato, con las siguientes personas:

(Nombre del trabajador administrativo) \_\_\_\_\_, la enfermera del Distrito Escolar y el médico

de mi hijo(a), cuyo nombre es: \_\_\_\_\_

Uso y apertura de información: Entiendo y autorizo que esta información sea usada para verificar la enfermedad crónica de mi hijo(a), para propósitos de su asistencia.

Duración/Revocación: Este documento expira al final del año académico en el que sea recibido.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser hecha por escrito y firmada por mí o en mi nombre y mandada al Distrito. Mi revocación entrará en efecto cuando sea recibida, pero no será efectiva hasta que el Distrito u otras entidades hayan actuado con base en esta Autorización.

Entiendo que con esta verificación, debo someter una explicación por escrito o llamar a la oficina de asistencia de la escuela para verificar cada falta de mi hijo(a).

X \_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor Fecha