**Atestación de regreso después de una enfermedad**

*La atestación puede completarse por un padre/tutor o miembro del personal. No necesita ser completada por un proveedor del cuidado de la salud.*

Nombre del estudiante/personal:

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono:

Escuela/nombre del programa:

Fechas de ausencia:

Cheque todos los síntomas que la persona tuvo:

|  |
| --- |
| * **Síntomas**  **Debe hacerse la prueba de COVID-19\*** |
| \_\_\_Tos Sí  \_\_\_Le falta el aire o dificultad para respirar Sí  \_\_\_Pérdida del gusto Sí  \_\_\_Pérdida del olfato Sí |
| \_\_\_Fiebre (temperatura más alta de 100.4° o se siente  febril al tacto) Sí, si hay dos o más síntomas  \_\_\_Escalofríos  \_\_\_Dolores musculares o corporales No, si solo hay uno de estos síntomas  \_\_\_Dolor de cabeza  \_\_\_Dolor de garganta  \_\_\_Fatiga  \_\_\_Congestión o moqueo  \_\_\_Náuseas o vómito  \_\_\_Diarrea |

\* Si la prueba da negativa, la persona puede regresar al trabajo/escuela/cuidado infantil cuando no tenga fiebre por 24 horas sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre y los síntomas han mejorado (de vuelta a la salud habitual). Si la prueba es positiva, la persona debe seguir las instrucciones de aislamiento de RIDOH.

Fecha en que comenzaron los síntomas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que terminaron los síntomas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El estudiante/miembro del personal se hizo la prueba de COVID-19 durante esta ausencia?

\_\_\_No; si contestó No, indique la razón\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_Sí; Fecha de la prueba \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultado de la prueba\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localidad en donde se hizo la prueba\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que terminó el aislamiento (si dio positivo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo atesto que el estudiante está listo para regresar a la escuela y

\_\_\_No ha tenido fiebre (temperatura más alta de 100.4°) en las últimas 24 horas

\_\_\_No ha tomado medicina para la fiebre en las 24 últimas horas

\_\_\_Se han mejorado los síntomas y ha recuperado su salud habitual

Nombre de la persona que atesta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*padre/guardián si es un menor de edad*)

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_