

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:

<input checked="" type="checkbox"/> Síntomas	Debe hacerse la prueba de COVID-19*
<input type="checkbox"/> Tos	Sí
<input type="checkbox"/> Le falta el aire o dificultad para respirar	Sí
<input type="checkbox"/> Pérdida del gusto	Sí
<input type="checkbox"/> Pérdida del olfato	Sí
<input type="checkbox"/> Fiebre (temperatura más alta de 100.4° o se siente febril al tacto)	Sí, si hay dos o más síntomas
<input type="checkbox"/> Escalofríos	
<input type="checkbox"/> Dolores musculares o corporales	No, si solo hay uno de estos síntomas
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	
<input type="checkbox"/> Fatiga	
<input type="checkbox"/> Congestión o moqueo	
<input type="checkbox"/> Náuseas o vómito	
<input type="checkbox"/> 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: _____