

Certificación de Regreso Posterior a una Enfermedad

Esta certificación puede ser completada por un padre/madre/tutor legal o un miembro del personal. No es necesario que lo complete un proveedor de atención médica.

Nombre del estudiante/miembro del personal:

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono:

Nombre de la escuela/programa:

Fechas en que se estuvo ausente:

Marque todos los síntomas que presentó la persona:

?	Síntomas	Debe realizarse la prueba por COVID-19*
	Tos	Sí
	Falta de aire o dificultad para respirar.	Sí
	Pérdida del gusto	Sí
	Pérdida del olfato	Sí
	Fiebre (temperatura superior a 38°C o sensación febril al tacto)	Sí, si dos o más de estos síntomas No, si solo uno de estos síntomas
	Resfriado	
	Dolores musculares o corporales	
	Dolor de cabeza	
	Dolor de garganta	
	Fatiga	
	Congestión o secreción nasal.	
	Náuseas o vómitos	
	Diarrea	

* Si la prueba es negativa, la persona puede regresar al trabajo/escuela/centro de cuidado infantil cuando no presente fiebre durante 24 horas seguidas sin el uso de un medicamento para disminuir la fiebre y los síntomas hayan mejorado (regreso a la salud habitual). Si la prueba es positiva, la persona debe seguir las instrucciones de aislamiento del RIDOH.

Fecha de inicio de los síntomas:

Fecha de finalización de los síntomas:

¿Al estudiante/miembro del personal se le realizó una prueba por COVID-19 durante su ausencia?

No. En caso negativo, ¿por qué no?:

Sí. Fecha de la prueba:

Resultado de la prueba:

Lugar de la realización de la prueba:

Fecha de finalización del aislamiento (si dio positivo en la prueba):

Doy fe de que mi hijo/a está listo/a para regresar a la escuela y:

No ha presentado fiebre (temperatura superior a 38°C) en las últimas 24 horas.

No ha tomado ningún medicamento para la fiebre en las últimas 24 horas.

Han mejorado los síntomas y ha vuelto a la salud habitual.

Nombre de la persona que está atestiguando:

(padre/madre/tutor legal del menor)

Firma:

Fecha: