



COVID-19 Formulario de certificación de regreso a la escuela/campus
Estudiantes y empleados

ESTE FORMULARIO SE DEBE PROPORCIONAR AL DIRECTOR O SUPERVISOR
LA ADMINISTRACIÓN ENVIARÁ UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO AL COORDINADOR DE SEGURIDAD

Fin del aislamiento para estudiantes/empleados que exhibieron síntomas similares a los de la COVID-19: SIN certificado médica/SIN resultados de pruebas

Han pasado al menos 10 días desde que comenzaron los síntomas (o 10 días después de la fecha de la prueba si es asintomático) y he permanecido sin fiebre (definida como menos de 100.4 °F) sin medicamentos para bajar la fiebre durante 24 horas con mejoría de los síntomas.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ ID DEL ESTUDIANTE _____

ESCUELA _____ GRADO _____

FECHA DE REGRESO A LA ESCUELA _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____

Al firmar este documento, verifico la declaración anterior.

NOMBRE DEL EMPLEADO _____ EIN _____

ESCUELA/CAMPUS _____ POSICIÓN _____

FECHA DE REGRESO AL TRABAJO _____

FIRMA _____

Al firmar este documento, certifico la declaración anterior.

Fin de la cuarentena para estudiantes/empleados que han tenido contacto cercano con un caso positivo confirmado de COVID-19

Han pasado 14 días desde la fecha de mi contacto estrecho con una persona positiva de COVID-19. No he tenido síntomas y no tengo una prueba de COVID-19 pendiente.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ ID DEL ESTUDIANTE _____

ESCUELA _____ COVINGTON HIGH _____ GRADO _____

FECHA DE CONTACTO _____

FECHA DE REGRESO A LA ESCUELA _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____

Al firmar este documento, verifico la declaración anterior.

NOMBRE DEL EMPLEADO _____ EIN _____

ESCUELA/CAMPUS _____ POSICIÓN _____

FECHA DE CONTACTO _____

FECHA DE REGRESO AL TRABAJO _____

FIRMA _____

Al firmar este documento, certifico la declaración anterior.