



**COVID-19 Formulario de certificación de regreso a la escuela/campus
Estudiantes y empleados
RESULTADOS POSITIVOS DE LA PRUEBA**

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 dieron positivo para COVID-19

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°) sin medicamentos para bajar la fiebre durante 24 horas con mejoría de los síntomas.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ ID DEL ESTUDIANTE _____

ESCUELA _____ GRADO _____

FECHA DE LA PRUEBA POSITIVA DE COVID-19 _____

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 LA PRUEBA POSITIVA DE COVID-19 _____

FECHA DE REGRESO AL TRABAJO _____

FIRMA _____

Al firmar este documento, certifico la declaración anterior.