



DISTRITO ESCOLAR DE WEST SHORE

**Regreso de Estudiante Positivo/Presunto Positivo
Formulario de Verificación**

A ser completado por el padre, la madre o persona encargada y devuelto a la enfermera escolar antes de regresar.

Apellido del/a estudiante	Nombre del/a estudiante	Grado
---------------------------	-------------------------	-------

Verificación:

Yo, _____(padre/madre/persona encargada), doy fe lo siguiente:

- Han pasado al menos diez (10) días desde que el/la estudiante mencionado/a a continuación dio positivo a COVID-19 o se consideró un Individuo Probable; y
Fecha de prueba positiva: _____
Fecha de probabilidad considerada: _____
- El/la estudiante no ha tenido fiebre durante al menos veinticuatro (24) horas sin tomar medicamentos para reducir la fiebre durante ese tiempo; y
Fecha de la última fiebre de 100.4 grados o mayor: _____
- Los síntomas del estudiante, si alguno, han mejorado.
Fecha en que los síntomas, si alguno, mejoraron: _____
- El Departamento de Salud de Pensilvania no aisló al/a estudiante, o un proveedor de atención médica no recomendó el aislamiento, por más de 10 días.

Firma del padre, la madre
o persona encargada: _____ Fecha: _____