



DISTRITO ESCOLAR DE WEST SHORE

**Regreso a la Escuela del Estudiante Sintomático
Formulario de Verificación**

A ser completado por el padre, la madre o persona encargada del/a estudiante con síntomas, enviado de la escuela a la casa. Debe ser devuelto al/a enfermero/a escolar antes de que el/la estudiante regrese a la escuela.

Apellido del/a estudiante

Nombre del/a estudiante

Grado

Opción A:

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

- Han pasado al menos diez (10) días desde la aparición de los síntomas del/a estudiante; y
Fecha de inicio de los síntomas: _____
- 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 más alta: _____
- Los síntomas del/a estudiante, si alguno, han mejorado.
Fecha en que los síntomas, si alguno, mejoraron: _____
- El Departamento de Salud de Pensilvania no puso al/a estudiante en cuarentena, o un proveedor de atención médica no recomendó una cuarentena, por más de 10 días.
- El/la estudiante no vive en la misma residencia con persona alguna que haya dado positivo a COVID-19.

Opción B:

Yo, _____ (padre/madre/persona encargada), doy fe de que:

- El doctor/la doctora de cuidado médico primario del/a estudiante, ha determinado clínicamente que el/la estudiante ya no tiene un diagnóstico de COVID-19 y aprobó que él/ella regrese a la escuela (adjunte nota del/a doctor/a); y
- El/la estudiante no vive en la misma residencia con persona alguna que haya dado positivo a COVID-19.

Firma del padre, la madre
o persona encargada: _____

Fecha: _____