

## Autorización médica de parte de un profesional de la salud para el regreso a la escuela en relación con la COVID-19

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_  
Fecha cuando fue regresado a casa o cuando no pudo retornar a la escuela \_\_\_\_\_

Estamos regresando a casa al estudiante arriba mencionado, debido a que presenta los siguientes síntomas relacionados con la enfermedad COVID-19:

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> dolor de garganta  | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza  | <input type="checkbox"/> cansancio        | <input type="checkbox"/> dolor de cuerpo                                     |
| <input type="checkbox"/> tos  | <input type="checkbox"/> falta de aliento | <input type="checkbox"/> congestión nasal | <input type="checkbox"/> goteo nasal   |
| <input type="checkbox"/> náuseas  | <input type="checkbox"/> vómitos          | <input type="checkbox"/> diarrea          | <input type="checkbox"/> falta de apetito                                    |
| <input type="checkbox"/> fiebre, con o sin escalofríos más alta de 100.0° F (37.8° C) |   |   | <input type="checkbox"/> reciente pérdida del sentido del olfato o del gusto |

Un profesional de la salud debe completar y firmar este formulario antes de que el estudiante regrese a la escuela. **Por favor señale uno de los siguientes:**

- El estudiante estuvo en contacto con una persona con Covid-19 a una distancia de menos de 6 pies durante un total de 15 minutos.
  - Dio **POSITIVO** en la prueba de la **reacción en cadena de la polimerasa (RCP, por sus siglas)** para la detección de la **COVID-19**. El estudiante debe quedarse en casa por lo menos durante 10 días después de la aparición de los síntomas **Y** los síntomas han disminuido **Y** no ha presentado fiebre durante 24 horas sin la utilización de medicamentos que bajan la fiebre.
  - Al estudiante **NO LE HICIERON LA PRUEBA DE RCP PARA LA DETECCIÓN DE LA COVID-19**. El estudiante debe quedarse en casa y permanecer en cuarentena durante 14 días después del último contacto cercano con una persona contagiada de la COVID-19.
  - Dio **NEGATIVO** en la prueba de RCP para la detección de la COVID-19. El estudiante debe quedarse en casa y permanecer en cuarentena durante 14 días después del último contacto cercano con la persona infectada.
- El estudiante **NO tuvo contacto cercano con una persona contagiada de la enfermedad COVID-19 Y asiste una escuela donde hay un riesgo moderado o alto de contagio** de acuerdo con los indicadores de ayuda dinámica de los CDC para las escuelas.
  - Dio **POSITIVO** en la prueba de RCP para la detección de la COVID-19. El estudiante debe quedarse en casa por lo menos durante 10 días después de la aparición de los síntomas **Y** los síntomas han disminuido **Y** no ha presentado fiebre durante 24 horas sin la utilización de medicamentos que bajan la fiebre.
  - Al estudiante **NO LE HICIERON LA PRUEBA DE RCP PARA LA DETECCIÓN DE LA COVID-19**. El estudiante debe quedarse en casa por lo menos durante 10 días después de la aparición de los síntomas **Y** los síntomas han disminuido **Y** no ha presentado fiebre durante 24 horas sin la utilización de medicamentos para bajar la fiebre.
  - Dio **NEGATIVO** en la prueba de RCP para la detección de la COVID-19. El estudiante debe quedarse en casa hasta que los síntomas hayan disminuido, según las políticas escolares vigentes.
- El estudiante **NO tuvo contacto cercano con una persona contagiada de la enfermedad COVID-19 Y NO asiste a una escuela donde hay un riesgo moderado o alto de contagio**, de acuerdo con los indicadores de ayuda dinámica de los CDC para las escuelas.

4.

El estudiante debe quedarse en casa hasta que los síntomas hayan disminuido, según las políticas escolares vigentes.

Según lo anterior, lo más pronto que el estudiante puede regresar a la escuela es en la siguiente fecha:

\_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, autorizo que el personal de la escuela se comunique conmigo para cualquier aclaración.

Fecha	Dirección y número telefónico
Nombre del profesional de la salud en letras de imprenta	
Firma del profesional de la salud	Número de licencia para ejercer del profesional de la salud