**EXAMEN DE SÍNTOMAS EN ESCUELAS K-12:**

**Certificación del padre / tutor**

**Nombre y Apellido de Estudiante:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prometo mantener a mi hijo en casa si tiene contacto cercano (dentro de los 6 pies durante al menos 15 minutos) con alguien diagnosticado con COVID-19, o si algún departamento de salud o proveedor de atención médica me aconseja a mí o algún miembro de la familia ponerme en cuarentena.**

**Iniciales:  \_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prometo mantener a mi hijo en casa si se observa alguno de los siguientes síntomas:**

**Fiebre**

**Resfriado**

**Falta de aire o dificultad para respirar.**

**Nueva tos**

**Nueva pérdida del gusto u olfato**

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prometo dejar a mi hijo en casa si le diagnostican COVID-19.**

**Iniciales: \_\_\_\_\_\_**

**Firma:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**