

Escuelas K-12 Síntoma proyección:

Padre /Guardián certificación

Nombre y Apellido del Estudiante:

Me comprometo a mantener a mi hijo en casa si él / ella tiene cercano contacto(menos de 6 pies durante al menos 15 minutos) con alguien diagnóstica con COVID-19, o si cualquier al departamento o profesional de la salud yo o cualquier miembro del hogar a cuarentena aconseja. Inicial: _____

Prometo mantener mi hijo en casa si cualquiera de los siguientes symptom se observas:

Fiebre Escalofríos Falta de aliento o dificultad para respirar Nueva tos Nueva pérdida del gusto o el olfato inicial: _____

Me comprometo a mantener a mi hijo en casa si él / ella está diagnosticado con COVID-19. Inicial: _____

Firma: _____

Fecha:
