

**COVID-19 Autoevaluación del bienestar de los empleados y los estudiantes
Formulario de REGRESO a la ESCUELA**

Fecha: _____

Nombre del empleado o estudiante (en letra de imprenta):

Nombre de la escuela: _____

Yo, _____, atestigo lo siguiente:

- No he tenido fiebre durante al menos tres días sin tomar medicamentos para reducir la fiebre durante ese tiempo.
- Fecha de la última fiebre de 100°F/ 37.78°C o más: _____
- Mis síntomas respiratorios (tos y dificultad para respirar) han mejorado.
- Fecha en que los síntomas respiratorios comenzaron a mejorar: _____
- Han pasado al menos diez días desde que comenzó mi fiebre y/o síntomas respiratorios.
- Fecha en que comenzó la fiebre y/o los síntomas respiratorios: _____
- Tuve una prueba de COVID-19 positiva (con o sin síntomas) en la fecha de _____.

Nota: Un empleado o estudiante puede regresar después de que hayan pasado 10 días desde la fecha del resultado positivo.

Firma del empleado o estudiante: _____

Fecha de hoy: _____

Fecha prevista de regreso a la escuela: _____

Acuse de recibo del formulario por parte de la superintendente o su designado:

Firma: _____

Fecha: _____