

BERGENFIELD PUBLIC SCHOOLS

21-22 SOLO UNA VEZ FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

Certifico que no enviaré a mi hijo/hija a ningún programa de la escuela si cumple con alguno de los siguientes criterios:

- Dio positivo para COVID-19 la semana pasada
- Ha estado en contacto cercano con alguien que dio positivo en la prueba de COVID-19 en la última semana Y no está completamente vacunado
- Tiene CUALQUIERA de los siguientes síntomas: dificultad para respirar, tos, dificultad para respirar, trastorno olfativo, pérdida o cambio en la capacidad para saborear
- Tiene dos o más de los siguientes síntomas: secreción / nariz tapada, fiebre (más de 100.0 f), escalofríos, escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de cabeza, cansado / fatigado, náuseas / vómitos, diarrea
- Ha tomado medicamentos para reducir la fiebre con el fin de reducir la fiebre.
- Ha viajado fuera del país o ha estado en contacto con alguien que ha estado en los últimos 14 días Y no está completamente vacunado.
- Ha viajado a un estado que no sea NY, CT, PA o DE o ha estado en contacto con alguien que ha estado en los últimos 14 días Y no está completamente vacunado.

Al imprimir y firmar su nombre a continuación, sirve como su firma y certificación de este formulario.

**Imprimir nombre**

**Firma**

**\* Devuelva el formulario a la oficina principal.**