Decatur Public Schools
Educating for Success

Certificación de síntomas

Al firmar esta tarjeta, certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días.

Certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, tiene ninguno de los siguientes síntomas o cualquier otro síntoma de COVID-19:

- Fiebre (temperatura de + 100.4 / temperatura moderada persistente) o escalofríos
- Tos o dolor de garganta
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Náuseas, vómito, diarrea
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o gusto
- Dolor muscular/corporal
- Contacto cercano conocido con una persona a la que se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días.

Fecha: _____

Nombre del estudiante:

_____

Firma del tutor:

_____

Decatur Public Schools
Educating for Success

Certificación de síntomas

Al firmar esta tarjeta, certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días.

Certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, tiene ninguno de los siguientes síntomas o cualquier otro síntoma de COVID-19:

- Fiebre (temperatura de + 100.4 / temperatura moderada persistente) o escalofríos
- Tos o dolor de garganta
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Náuseas, vómito, diarrea
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o gusto
- Dolor muscular/corporal
- Contacto cercano conocido con una persona a la que se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días.

Fecha: _____

Nombre del estudiante:

_____

Firma del tutor:

_____

Decatur Public Schools
Educating for Success

Certificación de síntomas

Al firmar esta tarjeta, certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días.

Certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, tiene ninguno de los siguientes síntomas o cualquier otro síntoma de COVID-19:

- Fiebre (temperatura de + 100.4 / temperatura moderada persistente) o escalofríos
- Tos o dolor de garganta
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Náuseas, vómito, diarrea
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o gusto
- Dolor muscular/corporal
- Contacto cercano conocido con una persona a la que se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días.

Fecha: _____

Nombre del estudiante:

_____

Firma del tutor:

_____

Decatur Public Schools
Educating for Success

Certificación de síntomas

Al firmar esta tarjeta, certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días.

Certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, tiene ninguno de los siguientes síntomas o cualquier otro síntoma de COVID-19:

- Fiebre (temperatura de + 100.4 / temperatura moderada persistente) o escalofríos
- Tos o dolor de garganta
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Náuseas, vómito, diarrea
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o gusto
- Dolor muscular/corporal
- Contacto cercano conocido con una persona a la que se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días.

Fecha: _____

Nombre del estudiante:

_____

Firma del tutor:

_____

Decatur Public Schools
Educating for Success

Certificación de síntomas

Al firmar esta tarjeta, certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días.

Certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, tiene ninguno de los siguientes síntomas o cualquier otro síntoma de COVID-19:

- Fiebre (temperatura de + 100.4 / temperatura moderada persistente) o escalofríos
- Tos o dolor de garganta
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Náuseas, vómito, diarrea
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o gusto
- Dolor muscular/corporal
- Contacto cercano conocido con una persona a la que se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días.

Fecha: _____

Nombre del estudiante:

_____

Firma del tutor:

_____

Decatur Public Schools
Educating for Success

Certificación de síntomas

Al firmar esta tarjeta, certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días.

Certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, tiene ninguno de los siguientes síntomas o cualquier otro síntoma de COVID-19:

- Fiebre (temperatura de + 100.4 / temperatura moderada persistente) o escalofríos
- Tos o dolor de garganta
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Náuseas, vómito, diarrea
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o gusto
- Dolor muscular/corporal
- Contacto cercano conocido con una persona a la que se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días.

Fecha: _____

Nombre del estudiante:

_____

Firma del tutor:

_____

Decatur Public Schools
Educating for Success

Certificación de síntomas

Al firmar esta tarjeta, certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días.

Certifico que nadie en mi hogar, incluido mi hijo/a, tiene ninguno de los siguientes síntomas o cualquier otro síntoma de COVID-19:

- Fiebre (temperatura de + 100.4 / temperatura moderada persistente) o escalofríos
- Tos o dolor de garganta
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Náuseas, vómito, diarrea
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o gusto
- Dolor muscular/corporal
- Contacto cercano conocido con una persona a la que se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días.

Fecha: _____

Nombre del estudiante:

_____

Firma del tutor:

_____