



**RIDE** Rhode Island  
Department  
of Education



## Certificación de Regreso Posterior a una Enfermedad

*Esta certificación puede ser completada por un padre/madre/tutor legal o un miembro del personal. No es necesario que lo complete un proveedor de atención médica.*

Nombre del estudiante/miembro del personal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela/programa: \_\_\_\_\_

Fechas en que se estuvo ausente: \_\_\_\_\_

Marque todos los síntomas que presentó la persona:

<input type="checkbox"/>	Síntomas	Debe realizarse la prueba por COVID-19*
<input type="checkbox"/>	Tos	Sí
<input type="checkbox"/>	Falta de aire o dificultad para respirar.	Sí
<input type="checkbox"/>	Pérdida del gusto	Sí
<input type="checkbox"/>	Pérdida del olfato	Sí
<input type="checkbox"/>	Fiebre (temperatura superior a 38°C o sensación febril al tacto)	Sí, si dos o más de estos síntomas  No, si solo uno de estos síntomas
<input type="checkbox"/>	Resfriado	
<input type="checkbox"/>	Dolores musculares o corporales	
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	
<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	
<input type="checkbox"/>	Fatiga	
<input type="checkbox"/>	Congestión o secreción nasal.	
<input type="checkbox"/>	Náuseas o vómitos	
<input type="checkbox"/>	Diarrea	

\* Si la prueba es negativa, la persona puede regresar al trabajo/escuela/centro de cuidado infantil cuando no presente fiebre durante 24 horas seguidas sin el uso de un medicamento para disminuir la fiebre y los síntomas hayan mejorado (regreso a la salud habitual). Si la prueba es positiva, la persona debe seguir las instrucciones de aislamiento del RIDOH.

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de los síntomas: \_\_\_\_\_

¿Al estudiante/miembro del personal se le realizó una prueba por COVID-19 durante su ausencia?

No. En caso negativo, ¿por qué no?: \_\_\_\_\_

Sí. Fecha de la prueba: \_\_\_\_\_

Resultado de la prueba: \_\_\_\_\_

Lugar de la realización de la prueba: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización del aislamiento (si dio positivo en la prueba): \_\_\_\_\_

Doy fe de que mi hijo/a está listo/a para regresar a la escuela y:

No ha presentado fiebre (temperatura superior a 38°C) en las últimas 24 horas.

No ha tomado ningún medicamento para la fiebre en las últimas 24 horas.

Han mejorado los síntomas y ha vuelto a la salud habitual.

Nombre de la persona que está atestiguando: \_\_\_\_\_

(padre/madre/tutor legal del menor)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_