

Declaración del padre / tutor de transporte de DCS

** Por favor complete la información a continuación. Marque con un círculo Sí o No para las preguntas en la parte inferior:*

Nombre y apellido del niño _____ Número de teléfono: _____

- ¿Su hijo tiene alguno de estos síntomas ?:
 - Fiebre
 - Resfriado
 - Falta de aire o dificultad para respirar.
 - Nueva tos
 - Nueva pérdida del gusto u olfato
- ¿Ha estado su hijo en contacto cercano con alguien diagnosticado con Covid-19 o
- ¿Algún funcionario de salud le ha recomendado que se ponga en cuarentena en los últimos 14 días?
- Desde la última vez que estuvieron en la escuela, ¿su hijo ha sido diagnosticado con Covid-19?

Sí o No **Doy fe de que la respuesta a las siguientes preguntas es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y NO enviaré a mi hijo a la escuela con ninguna pregunta que tenga ha respondido que sí.**

Nombre y apellido del padre / tutor: _____

Fecha: _____

(Firma) _____

Rev.9 / 25/20

Declaración del padre / tutor de transporte de DCS

** Por favor complete la información a continuación. Marque con un círculo Sí o No para las preguntas en la parte inferior:*

Nombre y apellido del niño _____ Número de teléfono: _____

- ¿Su hijo tiene alguno de estos síntomas ?:
 - Fiebre
 - Resfriado
 - Falta de aire o dificultad para respirar.
 - Nueva tos
 - Nueva pérdida del gusto u olfato
- ¿Ha estado su hijo en contacto cercano con alguien diagnosticado con Covid-19 o
- ¿Algún funcionario de salud le ha recomendado que se ponga en cuarentena en los últimos 14 días?
- Desde la última vez que estuvieron en la escuela, ¿su hijo ha sido diagnosticado con Covid-19?

Sí o No **Doy fe de que la respuesta a las siguientes preguntas es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y NO enviaré a mi hijo a la escuela con ninguna pregunta que tenga ha respondido que sí.**

Nombre y apellido del padre / tutor: _____

Fecha: _____

(Firma) _____

Rev.9 / 25/20