CCPS HEALTH SERVICES

COVID-19 SYMPTOMS LETTER TO HEALTH CARE PROVIDER

RETURN TO SCHOOL DOCUMENTATION

_____ , a CCPS Estudiante de_____,
(Nombre de estudiante) (Nombre de escuela)

Enviado a casa el_____debido a Mostar COVID-19 sintomas
(Fecha)

Los síntomas específicos que presentó el estudiante han sido rubricados a continuación por la enfermera de la escuela.

Según el departamento de salud de MD, un síntoma de COVID-19 se define como cualquiera de los siguientes:

_____ TOS

_____ Dificultado de repiaracion

_____ Perdida de gusto o oler

_____ Fiber de 100.4 O mas

_____ Nueva aparicion de dolor de cabeza severo

_____ Dolor de garganta

_____ Diarrea o vómitos

_____ _____/ _____
(Nombre de enfermero/a) (Firma / inicial de la enfermera (Fecha)

Para que los estudiantes puedan regresar a la escuela, se debe cumplir con uno de los siguientes criterios:

☐ Documentación de una prueba COVID-19 negativa

☐ Documentación de que el estudiante tiene otro diagnóstico específico o síntomas relacionados con una condición preexistente.

otro diagnóstico específico es: _____

OR

Una condición preexistente de :_____está causando los síntomas anteriores. Si los síntomas no se han resuelto al _____, El estudiante debe regresar para una evaluación adicional por parte del proveedor de atención médica.

_____/_____ _____/_____
Firma del proveedor de atención médica/Rev.6/3/2021 Fecha Nombre impreso / Teléfono#