



**Certificación de No Presentar Síntomas de COVID**

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante está saludable para asistir a la escuela y **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza moderado o fuerte, falta de aliento, tos seca, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal, pérdida del sentido del gusto u olfato, náusea, fatiga de una causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

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

Estudiante: \_\_\_\_\_

Maestro de la clase: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_



**Certificación de No Presentar Síntomas de COVID**

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante está saludable para asistir a la escuela y **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza moderado o fuerte, falta de aliento, tos seca, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal, pérdida del sentido del gusto u olfato, náusea, fatiga de una causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

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

Estudiante: \_\_\_\_\_

Maestro de la clase: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_



**Certificación de No Presentar Síntomas de COVID**

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante está saludable para asistir a la escuela y **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza moderado o fuerte, falta de aliento, tos seca, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal, pérdida del sentido del gusto u olfato, náusea, fatiga de una causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

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

Estudiante: \_\_\_\_\_

Maestro de la clase: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_



**Certificación de No Presentar Síntomas de COVID**

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante está saludable para asistir a la escuela y **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza moderado o fuerte, falta de aliento, tos seca, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal, pérdida del sentido del gusto u olfato, náusea, fatiga de una causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

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

Estudiante: \_\_\_\_\_

Maestro de la clase: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_