



**Certificación de No Presentar
Síntomas de COVID**

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante está saludable y puede asistir a la escuela, NO PRESENTA ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19.

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 con causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Firma del personal: _____



**Certificación de No Presentar
Síntomas de COVID**

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante está saludable y puede asistir a la escuela, NO PRESENTA ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19.

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 con causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Firma del personal: _____



**Certificación de No Presentar
Síntomas de COVID**

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante está saludable y puede asistir a la escuela, NO PRESENTA ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19.

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 con causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Firma del personal: _____



**Certificación de No Presentar
Síntomas de COVID**

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante está saludable y puede asistir a la escuela, NO PRESENTA ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19.

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 con causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Firma del personal: _____



**COVID-Free
Symptoms Certification**

By signing this card, this certifies that I have not been in close contact with a person with a confirmed positive case of COVID-19 within the past 14 days and DO NOT have any of the following COVID-19 symptoms:

Fever (100.4 or higher), new onset of moderate to severe headache, shortness of breath, new cough, sore throat, vomiting, diarrhea, abdominal pain from unknown cause, new congestion/runny nose, new loss of sense of taste or smell, nausea, fatigue from unknown cause, muscle or body aches.

Date: _____

Student Name: _____

Grade Level: _____

Staff Signature: _____



**COVID-Free
Symptoms Certification**

By signing this card, this certifies that I have not been in close contact with a person with a confirmed positive case of COVID-19 within the past 14 days and DO NOT have any of the following COVID-19 symptoms:

Fever (100.4 or higher), new onset of moderate to severe headache, shortness of breath, new cough, sore throat, vomiting, diarrhea, abdominal pain from unknown cause, new congestion/runny nose, new loss of sense of taste or smell, nausea, fatigue from unknown cause, muscle or body aches.

Date: _____

Student Name: _____

Grade Level: _____

Staff Signature: _____



**COVID-Free
Symptoms Certification**

By signing this card, this certifies that I have not been in close contact with a person with a confirmed positive case of COVID-19 within the past 14 days and DO NOT have any of the following COVID-19 symptoms:

Fever (100.4 or higher), new onset of moderate to severe headache, shortness of breath, new cough, sore throat, vomiting, diarrhea, abdominal pain from unknown cause, new congestion/runny nose, new loss of sense of taste or smell, nausea, fatigue from unknown cause, muscle or body aches.

Date: _____

Student Name: _____

Grade Level: _____

Staff Signature: _____



**COVID-Free
Symptoms Certification**

By signing this card, this certifies that I have not been in close contact with a person with a confirmed positive case of COVID-19 within the past 14 days and DO NOT have any of the following COVID-19 symptoms:

Fever (100.4 or higher), new onset of moderate to severe headache, shortness of breath, new cough, sore throat, vomiting, diarrhea, abdominal pain from unknown cause, new congestion/runny nose, new loss of sense of taste or smell, nausea, fatigue from unknown cause, muscle or body aches.

Date: _____

Student Name: _____

Grade Level: _____

Staff Signature: _____