**NOTA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO (NO COVID-19)**

Si su hijo ha tenido alguno de los síntomas enumerados a continuación que se pueden atribuir a un diagnóstico distintos de COVID-19, este formulario debe ser completado y firmado por el proveedor de atención médica de su hijo (médico, enfermero o asistente médico) antes de que el niño regrese al edificio de la escuela después de una ausencia o ser enviado a casa desde la escuela:

* Fiebre / escalofríos (mayor de 100,4°F)
* Tos
* Dificultad para respirar o falta de aire
* Fatiga
* Dolores musculares o corporales
* Dolor de cabeza
* Pérdida del gusto u olfato
* Dolor de garganta
* Congestión / goteo nasal
* Náuseas/ vómitos
* Diarrea

**Padres**, tengan en cuenta: si usted elige:

* NO hacer que su hijo sea examinado por un proveedor de atención médica para descartar la causa de la fiebre u otros síntomas de la enfermedad **O**
* NO hacer que su hijo se haga la prueba de COVID-19 o si el niño da positivo

Su hijo puede regresar a la escuela:

|  |
| --- |
| El estudiante puede regresar a la escuela después:   * 24 horas sin fiebre sin la ayuda de medicamentos para reducir la fiebre   **Y**   * Los síntomas están mejorando   **Y**   * 10 días después de que comenzaron los síntomas de la enfermedad. |
|  |

Nombre del niño/de la niña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de envío a casa de la escuela o primer día de ausencia de la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esta página debe ser completada y firmada por el proveedor de atención médica del niño.**

❏ Estoy verificando que el estudiante fue encontrado para**tiene otra fuente de síntomas**. La prueba de COVID-19 fue **NO**Terminada.

❏ Estoy verificando que el estudiante fue encontrado por**tener otra fuente de síntomas**. Estudiante tenía una **prueba** NEGATIVA de COVID-19.

El estudiante puede regresar a la escuela después:

* Cumplen con los requisitos regulares para regresar a la escuela por ENFERMEDADES NO RELACIONADAS con el COVID.

Por lo anterior, lo más temprano que el estudiante puede regresar a la escuela es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Fecha)

Nombre del Proveedor de atención médica:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Proveedor de atención médica:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Por favor devolver este formulario a: **[Insert contact information]**