



CERTIFICACIÓN DEL RESULTADO DE LA PRUEBA RÁPIDA DE COVID-19 EN CASA

1. Este formulario debe ser completado por el padre, tutor, custodio legal, proveedor de crianza temporal, estudiante de 18 años de edad o mayor, o estudiante autorizado de otro modo para dar su consentimiento.
2. El Distrito Escolar Uno de York, de acuerdo con la guía actual del Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur, permite que los estudiantes identificados como contactos cercanos y que no están completamente vacunados permanezcan en la escuela y no tengan que ponerse en cuarentena si el estudiante acepta y cumple los siguientes requisitos:
3. El estudiante no experimenta síntomas asociados con COVID-19.
4. El estudiante acepta usar una máscara durante diez días.
5. El estudiante acepta realizar la prueba no antes de los 5 días desde la exposición inicial según lo documentado por la enfermera de la escuela.

Los estudiantes pueden usar una prueba en casa para cumplir con el requisito tres o programar una hora para que la enfermera de la escuela les haga la prueba. Si los resultados de la prueba del estudiante son negativos el día 5, el estudiante puede permanecer en la escuela. Sin embargo, si la prueba es positiva, el estudiante debe aislarse en casa. La enfermera de la escuela puede brindar más orientación para aquellos estudiantes que den positivo y, por lo tanto, deban aislarse.

Doy fe de que la prueba rápida de COVID-19 en el hogar / de venta libre que se describe a continuación se realizó el _____ . La prueba se administró al individuo y los resultados
(Nombre y apellido)

pertenecen a la prueba realizada en ellos. La prueba se realizó siguiendo las instrucciones proporcionadas por el kit de prueba.

Fecha de nacimiento de estudiante / personal: _____ / _____ / _____

Escuela: _____

Grado (si aplica): _____ Maestro (si aplica): _____

Fecha y hora de la prueba: _____ / _____ / _____ y _____ AM/PM

Marca de prueba casera: _____

Número de serie en el paquete de prueba: _____

Resultado de la prueba según lo observado por el padre o el adulto designado que realizó la prueba (encierre en un círculo): Positivo Negativo Incapaz de Determinar

Prueba realizada por: _____
Letra Imprenta - Nombre Firma

Padre o tutor legal (si es diferente al anterior): _____
Letra Imprenta - Nombre

_____ firma _____ fecha