

Los siguientes son síntomas de COVID-19. No envíe a su hijo a la escuela si tiene CUALQUIERA de los siguientes síntomas:

- Fiebre de 100.4 o más
- Nuevo dolor de cabeza moderado o intenso
- Dificultad para respirar
- Nueva tos
- Nueva pérdida del sentido del gusto u olfato
- Dolor de garganta
- Vomitando o diarrea
- Dolor abdominal de causa desconocida
- Fatiga por causa desconocida
- Dolores musculares o del cuerpo causa desconocida

CCSD 89 AUTO-CERTIFICACIÓN DE FAMILIA

Nombre de Estudiante:

- Yo confirmo que mi estudiante:
- Tiene salud normal.
- No ha estado en contacto a sabiendas con alguien que es positivo para COVID-19.
- No muestra signos de ser positivo para COVID-19 como definido por el Departamento de Salud Pública de Illinois.

Firma

Fecha



CCSD 89 AUTO-CERTIFICACIÓN DE FAMILIA

Nombre de Estudiante:

- Yo confirmo que mi estudiante:
- Tiene salud normal.
- No ha estado en contacto a sabiendas con alguien que es positivo para COVID-19.
- No muestra signos de ser positivo para COVID-19 como definido por el Departamento de Salud Pública de Illinois.

Firma

Fecha



CCSD 89 AUTO-CERTIFICACIÓN DE FAMILIA

Nombre de Estudiante:

- Yo confirmo que mi estudiante:
- Tiene salud normal.
- No ha estado en contacto a sabiendas con alguien que es positivo para COVID-19.
- No muestra signos de ser positivo para COVID-19 como definido por el Departamento de Salud Pública de Illinois.

Firma

Fecha



CCSD 89 AUTO-CERTIFICACIÓN DE FAMILIA

Nombre de Estudiante:

- Yo confirmo que mi estudiante:
- Tiene salud normal.
- No ha estado en contacto a sabiendas con alguien que es positivo para COVID-19.
- No muestra signos de ser positivo para COVID-19 como definido por el Departamento de Salud Pública de Illinois.

Firma

Fecha



CCSD 89 AUTO-CERTIFICACIÓN DE FAMILIA

Nombre de Estudiante:

- Yo confirmo que mi estudiante:
- Tiene salud normal.
- No ha estado en contacto a sabiendas con alguien que es positivo para COVID-19.
- No muestra signos de ser positivo para COVID-19 como definido por el Departamento de Salud Pública de Illinois.

Firma

Fecha

