



# AFIRMACIÓN/CERTIFICACIÓN DE RESULTADO DE LA PRUEBA DE ANTÍGENO COVID-19 SIN RECETA (OTC) Y CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA EN LA ESCUELA ANTES DE REGRESAR A LA ESCUELA

**\*NOTA: NO ES PARA NIÑOS ACTUALMENTE EN CUARENTENA LUEGO DE EXPOSICIÓN A COVID\***

Yo, (nombre letra de molde) \_\_\_\_\_, por la presente afirmo y doy fe de que mi hijo (nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ha dado negativo en una prueba de antígeno OTC COVID-19. Siguiendo las instrucciones específicas del fabricante, al menos 24 horas antes de la presentación de esta Afirmación y su fecha prevista de regreso a la escuela y tiene una resolución de síntomas permisible para regresar a la escuela .

Fecha de la Prueba: \_\_\_\_\_ Hora de la Prueba: \_\_\_\_\_ am/pm (circule)

Resultado Prueba: \_\_\_\_\_

Fabricante y tipo de prueba \_\_\_\_\_

Además, yo, (nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_, por la presente consiento que mi hijo(a) (nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ser examinado para COVID-19 por el Distrito usando una prueba de antígeno COVID-19 al regresar a la escuela; entendiendo que si mi hijo(a) da positivo para COVID-19, no se le permitirá regresar a la escuela en ese momento, me notificaran de la prueba positiva y soy responsable de recoger a mi hijo(a). También entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información pueden divulgarse según lo permita/exija la ley, que las pruebas de COVID-19 no son 100 % precisas y que acepto eximir de responsabilidad al Distrito y a sus empleados por cualquier reclamo relacionado con información falsa negativa y/o falsos positivos.

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Guardián

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

**NOTA: SU FIRMA NO REQUIERE SER RECONOCIDA POR UN NOTARIO PÚBLICO.  
USTED ESTÁ JURANDO LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE HA PROPORCIONADO EN EL FORMULARIO.**

-----  
Para Uso Escolar:

Recibido (fecha): \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

Comentarios: