



CCPS SERVICIOS DE SALUD

CARTA DE ENFERMEDAD PARECIDA AL COVID-19 PARA EL PROVEEDOR DE SALUD

ESTA DOCUMENTACION DEBE VOLVER A LA ESCUELA

_____, estudiante de CCPS en _____,
(Nombre del estudiante) (Nombre del Colegio)

Fue enviado a casa _____ debido a mostrar síntomas de enfermedad parecida al COVID-19.
(Fecha)

Los síntomas específicos que el estudiante presentó, tienen una inicial de la enfermera del colegio:

De acuerdo al Departamento de Salud de MD, se podría definir enfermedad parecida al COVID-19-si:

**Tiene al menos uno de los siguientes -O-
síntomas**

_____ Tos
_____ Respiración entrecortada
_____ Dificultad para respirar
_____ Pérdida del gusto u olfato

Al menos dos de los siguientes síntomas

_____ Fiebre de 100.4^o o más (medido o subjetivo)
_____ Escalofríos o temblores
_____ Dolores musculares
_____ Dolor de cabeza
_____ Dolor de garganta
_____ Nausea o vómito
_____ Diarrea
_____ Fatiga
_____ Congestión o nariz mucosa

_____/_____
(Nombre de la enfermera) (Firma enfermera / Iniciales) (Fecha)

De manera que se le permita al estudiante volver al colegio, uno de los siguientes criterios debe cumplirse:

Documentación de prueba negativa Covid-19
(prueba PCR, no-rápida)

Documentación que el estudiante es
diagnosticado/tiene síntomas relacionados
a una condición pre-existente.

Otro Diagnostico específico: _____ **O**

Una condición pre-existente: _____ está causando los síntomas
mencionados. Si los síntomas no mejoran el: _____, el estudiante debe ser re-evaluado por
su Proveedor de Cuidado de la Salud.

_____/_____
Proveedor de Cuidado de la Salud /Fecha Nombre /Teléfono #