

Testimonio para regresar al trabajo o a la escuela

*La Guía del Departamento de Salud Pública de California¹ no está exigiendo ni recomendando, en este momento, que los empleadores exijan una nota médica para que los empleados regresen al trabajo o para que los niños K-12 regresen a la escuela.

Solicito que este testimonio sea aceptado porque una nota médica no es posible para mí, debido a la falta de disponibilidad del proveedor médico.

Yo _____ (NOMBRE) **doy fe de TODO lo siguiente:**
(marque todos los cinco puntos a continuación, y firme abajo)

- 1. La FECHA de hoy es _____ y han pasado más de cinco días desde que yo o mi hijo se haya enfermado O resultara positivo.
- 2. Yo o mi hijo nos enfermamos o tuvimos síntomas que comenzaron el (FECHA)_____.
- 3. Mis síntomas o los de mi hijo han mejorado mucho.
- 4. Yo o mi hijo **NO hemos tenido fiebre durante al menos 24 horas** (sin usar Advil, Tylenol, acetaminofén, ibuprofeno u otros medicamentos para reducir la fiebre).
- 5. Yo o mi hijo tenemos una prueba COVID-19 negativa que fue recolectada el (FECHA)_____, que es en o después del sexto día (desde que comenzaron mis síntomas o los de mi hijo). **O** yo o mi hijo **NO** nos hemos hecho la prueba **Y** han pasado más de 10 días desde que comenzaron los síntomas.

Opcional: Marque cualquiera de los siguientes puntos (si corresponde):

- Yo o mi hijo **no tenemos en este momento** dolor en el pecho, dificultad para respirar, sarpullido, vómitos o diarrea.
- El proveedor médico de mi hijo ha sido consultado (en persona o por teléfono) y dice que es seguro para mí o para mi hijo regresar al trabajo o escuela (K-12).
- El proveedor de mi hijo **NO** ha sido consultado.

Opcional: Prueba de COVID: NO SÍ/ (FECHA)_____ y probado negativo / positivo → VER <https://COVID19.ca.gov/quarantine-and-isolation/#quarantine-vs-isolation> para calcular SI LA PRUEBA COVID-19 resultó **positiva:**

- He estado en aislamiento durante al menos cinco días y tuve una prueba negativa de COVID el sexto día o después.
- Si mi empleador lo requiere, continuaré usando un cubrebocas médico o N95 bien ajustado en el trabajo hasta el **décimo día después** de la prueba postiva de COVID **O** no me he vuelto a hacer la prueba **Y** han pasado **más de 10 días** desde que mi prueba resultó positiva por COVID-19.

NOMBRE del

Empleado/Estudiante: _____

Lugar de Empleo/Escuela: _____

Firma (Trabajador/Padre o Tutor): _____ FECHA _____

¹ El Estándar Temporal de Emergencia (ETS, por sus siglas en inglés) COVID-19 de Cal/OSHA sigue los períodos de aislamiento recomendados por CDPH para casos positivos de COVID-19. Algunos empleados/lugares de trabajo pueden estar cubiertos por diferentes estándares, como los estándares de enfermedades transmisibles por aerosol (ATD, sus siglas en inglés) de Cal/OSHA.