



5130 Riverside Drive • Chino, CA 91710 • 909.628.1201 • www.chino.k12.ca.us
Student Achievement • Safe Schools • Positive School Climate • Humility • Civility • Service

BOARD OF EDUCATION: Donald L. Bridge • Andrew Cruz • Christina Gagnier • James Na • Joe Schaffer • SUPERINTENDENT: Norm Enfield, Ed.D.

Positive COVID-19 Student Attestation Form To Return to School

Student Name: _____ School: _____

Date of Birth: ____ / ____ / ____ Grade: _____

Select location test was taken

- Medical Care Provider / Lab
- Home

Date of 5th day of Isolation: ____ / ____ / ____

Isolation starts on the first day of symptom(s) or the positive test collection date, whichever occurs first.

Date test was taken: ____ / ____ / ____

Test must be on day 5 or later from the start of isolation (see above for Day 5).

Select Test Type

- FDA Approved Antigen Diagnostic Test
- PCR diagnostic test / pooled PCR

Test Result

By checking this box, I attest that my child received a negative test result on the 5th day of isolation or later.

By checking this box, I attest that my child has been fever free without fever reducing medication for 24 hours.

By checking this box, I attest that any COVID-19 like symptom(s) have improved. *Symptoms include headache, runny nose, congestion, nausea, vomiting, diarrhea, muscle/body aches, fatigue, persistent/uncontrolled cough, difficulty breathing.*

Note: Taste and smell do not need to improve for a return to school.

Parent/Guardian Name & Signature

____ / ____ / ____
Date

**Return this completed Positive COVID-19 Student Attestation Form
to the school/attendance office upon return to school.**



5130 Riverside Drive • Chino, CA 91710 • 909.628.1201 • www.chino.k12.ca.us
Student Achievement • Safe Schools • Positive School Climate • Humility • Civility • Service

BOARD OF EDUCATION: Donald L. Bridge • Andrew Cruz • Christina Gagnier • James Na • Joe Schaffer • SUPERINTENDENT: Norm Enfield, Ed.D.

Formulario de Declaración del Estudiante COVID-19 positivo Para volver a la escuela

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Grado: _____

Se ha hecho la prueba en el lugar elegido

- Proveedor de Atención Médica / Laboratorio
- Hogar

Fecha del 5º día de aislamiento: ____ / ____ / ____

El aislamiento comienza el primer día de los síntomas o la fecha de recolección de la prueba positiva, lo que ocurra primero.

Fecha de realización de la prueba: ____ / ____ / ____

La prueba debe realizarse en el día 5 o más tarde desde el inicio del aislamiento (ver la información anterior para el día 5).

Seleccione el tipo de prueba

- Prueba de Diagnóstico de Antígenos aprobada por la FDA
- Prueba de diagnóstico PCR/PCR combinada

Resultado de la prueba

Al marcar esta casilla, Doy fe de que mi hijo recibió un resultado negativo en el quinto día de aislamiento o más tarde.

Al marcar esta casilla, Doy fe de que mi hijo no ha tenido fiebre sin medicación antifebril durante 24 horas.

Al marcar esta casilla, Doy fe de que cualquier síntoma relacionado con el COVID-19 ha mejorado. *Los síntomas incluyen dolor de cabeza, secreción nasal, congestión, náuseas, vómitos, diarrea, dolores musculares y corporales, fatiga, tos persistente e incontrolada, dificultad para respirar.*

Nota: No es necesario que el sabor y el olor mejoren para regresar a la escuela.

Nombre y firma del padre/tutor

Fecha

Devuelve este formulario de Declaración del Estudiante COVID-19 Positivo completado a la escuela/oficina de asistencia al regresar a la escuela.