

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

AFIRMACIÓN DE CUARENTENA

COMPLETE ESTE FORMULARIO SI USTED O SU ESTUDIANTE A:

1. HA SIDO IDENTIFICADO/A COMO CONTACTO CERCANO DE UNA PERSONA POSITIVA A COVID-19 DURANTE EL PERÍODO DE CONTAGIO Y
2. NO ESTABA COMPLETAMENTE VACUNADO EN EL MOMENTO DE LA EXPOSICIÓN CON LA PERSONA POSITIVA A COVID-19 DURANTE EL PERÍODO DE CONTAGIO Y
3. HA ESTADO EN CUARENTENA.

Yo, (nombre en letra impresa) _____, por la presente afirmo que mi estudiante/yo estamos en cuarentena desde el (fecha) _____ hasta el (fecha) _____ de acuerdo con la guía emitida por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH, por sus siglas en inglés) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Según la guía del NYSDOH y el CDC, mi estudiante/yo fuimos identificados como un contacto cercano de una persona positiva a COVID-19 durante el período de contagio y no estábamos completamente vacunados en el momento de estar expuesto, incluyendo la dosis de refuerzo, en el momento de estar expuesto.

Mi estudiante/yo hemos estado en cuarentena durante al menos cinco (5) días después del último día de exposición a la persona positiva de COVID-19 y hemos permanecido asintomáticos durante los cinco (5) días.

1. El día 1 de cuarentena comienza el día después del último día de haber estado expuesto mi estudiante/yo a la persona positiva de COVID-19.

Nombre de la persona en cuarentena: _____

Fecha de nacimiento de la persona en cuarentena: _____

Último día de haber estado expuesto con la persona positiva a COVID-19: _____

Jurado y suscrito por mí el (fecha de hoy) _____

(FIRMA)

POR FAVOR NOTE:

SU FIRMA NO TIENE QUE SER FIRMADA POR UN NOTARIO PÚBLICO; USTED ESTÁ AFIRMANDO LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE HA PROPORCIONADO EN EL FORMULARIO.

Esta afirmación debe ser jurada como se indica; basada únicamente en la afirmación anterior, y aceptando tal información como hecho, Yo, Mary T. Bassett, Comisionado Interno, Departamento de Salud del Estado de Nueva York, por la presente, declaro que la persona que afirma en este documento cumplió con los requisitos de aislamiento, según sea el caso, durante las fechas afirmadas anteriormente.

Mary T. Bassett MD, MPH Comisionado Interno de Salud
Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Este formulario puede ser utilizado para la Liberación de Aislamiento o para reclamos del Permiso Familiar Pagado de Nueva York por COVID-19 como si fuera una Orden de Aislamiento individual emitida por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o el Comisionado de Salud del Condado correspondiente o su designado.