



Departamento de Salud del Condado de Onondaga

J. Ryan McMahon II, County Executive
Indu Gupta, MD, MPH, Commissioner of Health

John H. Mulroy Civic Center · 421 Montgomery Street, Syracuse, NY 13202
Teléfono 315.435.3155 · Fax 315.435.5720



AUTOATESTACIÓN: AFIRMACIÓN DEL AISLAMIENTO

Complete si usted o su hijo dieron positivo en la prueba de COVID-19 y han estado aislados.

Utilice un formulario separado para cada persona positiva. NO lo envíe al Departamento de Salud; este formulario es para su uso como documentación legal de su aislamiento y para reclamos del Permiso Familiar Pagado en Nueva York por COVID-19.

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____, afirmo por la presente que mi hijo o yo estamos aislados desde el (fecha) _____ hasta el (fecha) _____ de acuerdo con la guía emitida por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH). Según la guía del NYSDOH, dado que mi hijo/a o yo dimos positivo en la prueba de COVID-19, mi hijo/a o yo permanecemos aislados de otras personas durante al menos cinco (5) días desde el inicio de los síntomas de COVID-19 o desde la fecha de la prueba positiva si es asintomático, cualquier fecha que haya sucedido primero (donde el día 0 es el día de aparición de los síntomas o el día en que mi hijo o yo dimos positivo si es asintomático). Yo o mi hijo/a no tiene/tengo síntomas o los síntomas han mejorado. Mi hijo/a o yo hemos estado sin fiebre durante 24 horas sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre. Entiendo que se debe usar una máscara que se ajuste bien alrededor de otras personas durante un total de 10 días desde el inicio de los mis síntomas o de mi hijo/a o la prueba positiva si es asintomático.

Nombre de la persona positiva con COVID-19: _____

Fecha de nacimiento de la persona positiva al COVID-19 _____

Fecha de recolección de muestras para prueba positiva: _____

Fecha de inicio de los síntomas: _____

(si es anterior a la fecha de recolección de la muestra para la prueba positiva)

Afirmado bajo pena de perjurio por mí el (fecha de hoy) _____.

FIRMA

TENGA EN CUENTA: 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.

Si se completa de forma completa y precisa, con base únicamente en la información proporcionada que acepto como un hecho, yo, Indu Gupta, Comisionado, Departamento de Salud del Condado de Onondaga, por la presente declaro que la persona que afirma en este documento ha cumplido con los criterios de aislamiento **si la fecha en que se envía este formulario afirmado es más de 5 días a partir de la fecha de inicio del período de aislamiento enumerado.**

Indu Gupta MD, MPH
Comisionado de Salud

Este formulario puede usarse 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 Comisionado de Salud del Departamento de Salud del Condado de Onondaga.