



Onondaga County Health Department

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 DE CUARENTENA

(Completar un formulario por cada persona)

Complete este formulario si usted o su hijo/a:

1. Ha sido identificado/a como contacto cercano de una persona positiva a COVID-19 durante el período contagioso, y
2. No estaba completamente vacunado en el momento de la exposición con la persona positiva a COVID-19 durante el período contagioso, y
3. Ha estado en cuarentena.

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____, por la presente afirmo que mi hijo/a o 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 hijo/a o yo fuimos identificados como un contacto cercano de una persona positiva a COVID-19 durante el período contagioso y no estábamos completamente vacunados en el momento de la exposición. Mi hijo/a o yo hemos estado en cuarentena durante al menos cinco (5) días (donde el día cero es el último día de exposición) y hemos:

1. Permanecidos asintomáticos durante los cinco (5) días o
2. Desarrollamos síntomas pero la prueba de PCR o antígeno a COVID-19 salió negativa.

Entiendo que se debe usar una máscara bien ajustada alrededor de otras personas durante los 10 días posteriores a la fecha de exposición.

Nombre de la persona en cuarentena: _____

Fecha de nacimiento de la persona en cuarentena: _____


Último día de exposición con la persona positiva a COVID-19: _____

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

(FIRMA)

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

Si se completa de manera completa y precisa, basado únicamente en la información proporcionada que acepto como un hecho, yo, Indu Gupta, Comisionada del Departamento de Salud del Condado de Onondaga, por la presente considero que la persona que afirma aquí ha cumplido con los criterios de cuarentena **si la fecha en que este documento fue afirmado es más de la cantidad de los días requeridos (de acuerdo con los requisitos anteriores) a partir de la fecha de inicio del período de cuarentena indicado.**


Indu Gupta MD, MPH
Comisionado de Salud