



Schenectady County Public Health Services

Administración
107 Nott Terrace, Suite 304
Schenectady, New York 12308-3170
(518) 386-2810 Fax: (518) 382-5418

Keith M. Brown, MPH
Director Interino de Salud Pública

Afirmación de Aislamiento

Debe completarse si usted o su hijo(a) han dado positivo en la prueba de COVID-19 y han estado en aislamiento

Dado que yo o mi hijo(a) dimos positivo en la prueba de COVID-19, yo o mi hijo(a) debemos aislarnos durante un mínimo de cinco(5) días desde el inicio de los síntomas de COVID-19 o desde la fecha del resultado positivo de COVID-19 o en caso de no tener ningún síntoma. El primer día de aislamiento comienza el día después de que yo o mi hijo(a) tuvimos síntomas o el día después de que yo o mi hijo(a) dimos positivos si yo o mi hijo(a) no teníamos ningún síntoma.

Yo, (nombre en letra de molde) _____, por la presente
(Name)

confirmando que yo o mi hijo(a) nos aislamos desde (fecha) _____
(start date of isolation)

hasta (fecha) _____ como lo requiere el Departamento de
(last date of isolation)

Salud del Estado de Nueva York.

Nombre de la persona que dio positivo para COVID-19:

(Name of positive person)

Fecha de nacimiento de la persona que dio positivo para COVID-19: _____
(DOB of positive person)

Fecha del resultado positivo: _____
(date of positive test)

Jurado y firmado por mí el _____
(fecha de hoy /today's date)

(firma /signature)

NOTA: Su firma no necesita un sello de notario público; usted ya está jurando la veracidad de la información que ha proporcionado anteriormente.

Si esta afirmación es jurada como se indica, a continuación, en base únicamente en la afirmación anterior, y aceptando dicha información como hecho, yo, Keith Brown, Director Interino de Salud Pública, de los Servicios de Salud Pública del Condado de Schenectady, por la presente considero que el individuo que afirma en este documento cumplió con los criterios de aislamiento en su caso, durante las fechas como se afirma anteriormente.

Este formulario se puede usar para la Liberación de Aislamiento o para los reclamos de COVID-19 de Licencia Familiar Pagada de Nueva York como si fuera una Orden individual de Aislamiento emitida por los Servicios de Salud Pública del Condado de Schenectady.