

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE CINCINNATI
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR Y ADOLESCENTE**

PARA ESTUDIANTES QUE SE ATENDIERON CON UN PROVEEDOR MÉDICO: EL PROVEEDOR DEBE COMPLETAR LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN

1. El resultado de la prueba de detección de COVID-19 del/de la estudiante fue: POSITIVO: _____ NEGATIVO: _____
2. Si no se sometió a una prueba o el resultado fue negativo: Diagnóstico alternativo: _____

Firma del proveedor médico: _____ Número de teléfono: _____ Fecha: _____

Regrese el formulario completado al personal de enfermería escolar o envíelo por fax al siguiente número: número de fax 513-357-2811