

COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD

Coatzacoalcos, Veracruz. a ____ de _____ de 2021.

Alumna (o): _____

Sección: _____ Grado: _____ Grupo: _____.

Nombre del Padre y/o Tutor: _____

Manifiesto mi compromiso y consentimiento de que mi hija (o) fue revisado previamente en casa antes del ingreso a la escuela para identificar si existe la presencia de signos o síntomas relacionados al covid19, tales como: fiebre, malestar de cuerpo, tos seca, estornudos, dolor de garganta y cabeza o dificultad para respirar.

Semana correspondiente del ____ al ____ del mes de _____ de 2021.	Lunes ____ de _____ 2021 Temperatura: _____. Síntomas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Firma: _____	Martes ____ de _____ 2021 Temperatura: _____. Síntomas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Firma: _____
	Miércoles ____ de _____ 2021 Temperatura: _____. Síntomas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Firma: _____	Jueves ____ de _____ 2021 Temperatura: _____. Síntomas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Firma: _____

En caso de presentar algún síntoma relacionado al covid19, he de mantener a mi hija(o) en casa, así como de notificar a la institución de lo ocurrido. Estoy consciente de que mi hijo deberá recibir atención médica, atendiendo las recomendaciones del personal de salud. En caso de ser necesario, se realizará una prueba de antígenos o PCR ante un laboratorio autorizado, que compruebe el estado de salud de mi hija(o). Después de conocer el resultado, notificaré a la institución del resultado de laboratorio para su debida notificación.

 Nombre y Firma del Padre de Familia