



Schenectady County Public Health Services

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

Keith M. Brown, MPH
Director Interino de Salud Pública

Afirmación de Cuarentena

Por favor complete este formulario si usted o su hijo(a):

1. Han sido identificados por tener contacto cercano con una persona que dio positivo para COVID-19 cuando eran contagiosos Y
2. Usted no estaba completamente vacunado en el momento de este contacto con esta persona que dio positivo para COVID-19 mientras era contagiosa Y
3. Usted ha estado en cuarentena.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, se identificó que yo o mi hijo(a) tuvimos contacto cercano con una persona que dio positivo para COVID-19 durante su período de contagio y no estábamos completamente vacunados en el momento de la exposición.

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

presente confirmo que yo o mi hijo(a) estuvimos en cuarentena desde
(fecha) _____ hasta (fecha) _____
(start date of quarantine) (end date)

según lo requerido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

La liberación de cuarentena incluye:

1. Yo o mi hijo(a) hemos estado en cuarentena por un mínimo de cinco(5) días y no hemos tenido ningún síntoma durante estos cinco(5) días.

El primer día de la cuarentena comenzó el día después del último día de exposición de mi hijo(a) a la persona que dio positivo para COVID-19.

Nombre de la Persona en Cuarentena: _____
(name of person in quarantine)



Schenectady County Public Health Services

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

Keith M. Brown, MPH
Director Interino de Salud Pública

Fecha de nacimiento de la Persona en Cuarentena: _____
(DOB of person in quarantine)

Último día de exposición a la Persona que dio positivo para COVID-19: _____
(last date of exposure)

Jurado y firmado por mí el (fecha de hoy) _____
(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.