



Departamento de Salud
Three Capitol Hill
Providence, RI 02908-5097
TTY: 711
www.health.ri.gov

Registro de pruebas para padres/tutores de la Prueba Para Asistir (Test to Stay) de COVID-19 para permanecer en cuidado infantil

Instrucciones: Registre la fecha y la hora de cada prueba para hacerse en casa para el período de prueba de 5 días. Comparta el formulario con el proveedor de cuidado infantil cada mañana para dar fe de cada resultado de la prueba. Al final de los 5 días, entregue el formulario a su proveedor de cuidado infantil para que lo conserve para sus registros.

Nombre del miembro del personal/niño:

Fecha de la prueba	Hora de la prueba	Resultado de la prueba (negativo/positivo)
Día 1:		
Día 2:		
Día 3:		
Día 4:		
Día 5:		

Mi firma certifica que las fechas, las horas y los resultados de la prueba se informan con precisión y de que acepté cumplir con las condiciones de la Prueba para asistir (Test to Stay). Si yo o mi hijo presentamos síntomas o nuestras pruebas dan positivo, notificaré al proveedor de cuidado infantil y mi hijo se aislará de conformidad con las pautas del Departamento de Salud de Rhode Island.

Firma del padre/madre/tutor o personal

Fecha