



### DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VALORACIÓN CLÍNICA

D/D<sup>a</sup>..... con DNI nº  
..... actuando en nombre propio y como padre/madre/tutor (señale  
la que proceda) del  
niño/a..... matriculado en  
el centro educativo ..... en el  
curso y grupo .....

#### DECLARA

- Que he sido informado/a de que no debo traer a mi hijo/a con síntomas compatibles a la COVID-19 al centro educativo.
- Que habiendo presentado el mismo síntomas compatibles en los días anteriores a la fecha de esta declaración, se ha procedido según lo indicado y ha sido valorado por un médico de su servicio de salud.
- Que tras la valoración del cuadro clínico se nos ha informado que se descarta que los síntomas se deban a infección por SARS-CoV-2.
- Que el niño/a está actualmente asintomático.

Y para que conste, firmo el presente documento en:

..... a ..... de..... de 2020



Región de Murcia  
Consejería de Educación y Cultura



Región de Murcia  
Consejería de Salud

Fdo: D/ Dña.....