



**Formulario SHIELD Illinois  
Exclusión de Prueba de Saliva  
Año Escolar del 2021-2022**

Para ser completado por los padres/tutore

**Favor de devolver a la oficina de su escuela**

<b>Información de los Padres/Tutores</b>	
Todas secciones obligatorias – favor de usar letra clara de molde	
Nombre de los Padres/Tutores:	
Dirección de Domicilio de los Padres/Tutores:	
Núm. de Tel./Cel. de los Padres/Tutores:	
Dirección de Correo Electrónico de los Padres/Tutores:	
La mejor manera de ponerse en contacto con usted:	
<b>Información del Niño(a)/Estudiante</b>	
Todas secciones obligatorias – favor de usar letra clara de molde	
Nombre del Niño/Estudiante:	
Fecha de Nacimiento del Niño/Estudiante:	
Escuela del Niño/Estudiante:	
Dirección de Domicilio del Niño/Estudiante:	

Firmando abajo, doy fe de que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño mencionado anteriormente.
- NO doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba de la saliva para la detección de COVID-19

Firma de los Padres/Tutores:		Fecha:
---------------------------------	--	--------