



# SELF-AUTHORIZATION FORM FOR COMPLETED COVID-19 ISOLATION

I confirm that I, (Print Name) \_\_\_\_\_, have met criteria to return from isolation as per CDC guidelines. I confirm that it has been at least 10 days since my symptoms started (or my positive test if I did not have symptoms) AND I, (Print Name) \_\_\_\_\_, have not had a fever or taken fever-reducing medication in the last 24 hours AND my symptoms are improving.

Per the Chicago Department of Public Health, repeat COVID-19 testing should NOT be performed following a positive test in order to return to work.

---

**Employee Signature/Date**

---

**Employer Signature/Date**



# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PROPIA: AISLAMIENTO DE COVID-19 COMPLETADO

Confirmo que yo, (imprima nombre) \_\_\_\_\_, he cumplido con los criterios para regresar del aislamiento según las guías de la CDC. Confirmo que han pasado al menos 10 días desde que comenzaron mis síntomas o mi prueba positiva si no tenía síntomas.

Yo, (imprima nombre) \_\_\_\_\_, no he tenido fiebre ni he tomado medicamentos para reducir la fiebre en las últimas 24 horas y mis síntomas están mejorando.

Según el Departamento de Salud Pública de Chicago, NO se requiere repetir la prueba de COVID-19 después de una prueba positiva para poder regresar al trabajo.

---

**FIRMA Y FECHA DE EMPLEADO**

---

**FIRMA Y FECHA DE EMPLEADOR O  
EMPRESA**