

## Formulario de compromiso de los padres/tutores legales para evaluar la salud de sus hijos

Para proteger a nuestros niños y al personal, me comprometo a evaluar la salud de mi hijo diariamente usando el Cuestionario para la evaluación de la salud y no enviar a mi hijo a la escuela cuando esté enfermo o no se sienta bien con síntomas parecidos a los del COVID-19. Me comprometo a hacerle esta evaluación a todos los niños en edad escolar que viven en mi casa.

Acepto evaluar a todos los niños en edad escolar que viven en mi casa todos los días antes de enviarlos a la escuela y mantenerlos en casa si tienen:

- Fiebre o escalofríos (si la temperatura/ fiebre registra 100.4 grados Fahrenheit o superior).
- Cualquier tos reciente que no se deba a otra condición médica.
- Cualquier dolor de garganta reciente que no se deba a otra condición médica.
- Escalofríos recientes que no se deban a otra condición médica.
- Dolor muscular reciente que no se deba a otra condición médica o que pueda deberse a una actividad específica como, por ejemplo, ejercicio físico.
- Pérdida reciente del olfato o gusto.

Entiendo que las preguntas del Cuestionario COVID-19 para la evaluación de la salud podría cambiar en el tiempo según lo exijan los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) y que las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS) actualizarán las preguntas del cuestionario, según corresponda. FCPS me informará sobre cualquier cambio necesario y yo me comprometo a continuar diariamente con las evaluaciones de salud basadas en los requisitos actuales.

Acepto no enviar a mi hijo de regreso a la escuela si tiene cualquiera de estos síntomas del COVID-19 hasta que:

- Le hagan la prueba del COVID-19 y el resultado sea negativo y además se encuentre lo suficientemente bien como para regresar a la escuela
- Un médico haya chequeado a mi hijo y haya documentado que los síntomas no se deben al COVID-19
- Todas las siguientes condiciones sean verdaderas: 1) han pasado por lo menos 10 días desde el inicio de los síntomas Y 2) no tiene fiebre sin tomar medicina para bajar la fiebre por 24 horas Y 3) los síntomas están mejorando.

Acepto no enviar a mi hijo de regreso a la escuela si le diagnosticaron COVID-19 hasta que se cumplan las siguientes condiciones:

- Han pasado por lo menos 10 días desde que mi hijo comenzó con los síntomas **Y**
- Mi hijo no ha tenido nada de fiebre sin tomar medicina para bajar la fiebre (ejem., Tylenol, Ibuprofeno) por 24 horas **Y**
- Los síntomas de mi hijo están mejorando

Si a alguien en mi hogar le han diagnosticado COVID-19, o si mi hijo ha estado expuesto, acepto mantener a mi hijo en casa por 14 días después de la última vez que estuvo expuesto a ese miembro del hogar.

**\*La exposición se define como estar por más de 15 minutos a menos de 6 pies de distancia de una persona con COVID-19 o haber estado expuesto a las secreciones respiratorias de esa persona (por ejemplo: tos o estornudos, usar el mismo vaso o cubiertos, besar) mientras esa persona podía contagiar la enfermedad. Se considera que una persona con COVID-19 puede transmitir la enfermedad desde 2 días antes de enfermarse o 2 días antes de que diera positivo la prueba del COVID-19 si esa persona nunca tuvo síntomas.**

Si a alguien en mi hogar le da fiebre, una tos reciente, dificultad para respirar o dos de los siguientes síntomas: dolor de garganta, escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, o pérdida reciente del olfato o gusto, haré que la evalúen y le hagan la prueba del COVID-19. Si la prueba de esa persona resulta positiva, mantendré a mi hijo en casa por 14 días después de la última vez que estuvo expuesto a ese miembro del hogar **O** según lo arriba indicado si la prueba de mi hijo resultara positiva.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_