

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 de evaluación de la salud y no enviar a mi hijo a la escuela cuando esté enfermo o sienta 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 más).
- Cualquier tos reciente que no se deba a otra condición médica.
- Fatiga (más de la habitual)
- Congestión o secreción nasal
- Dolor de cabeza
- 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 gusto o el olfato, falta reciente de apetito o mala alimentación
- Dolor abdominal, diarrea, náusea o vómito

Entiendo que las preguntas del Cuestionario COVID-19 de 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:

- Mi hijo dé negativo por COVID-19 y además se encuentre lo suficientemente bien como para regresar a la escuela **O**
- Un médico haya chequeado a mi hijo y haya documentado que los síntomas no se deben al COVID-19 **O**
- 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 o confirmaron 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 fiebre sin tomar medicina para bajar la fiebre (ejem., Tylenol, Ibuprofeno) por 24 horas **Y**
- Los síntomas de mi hijo están mejorando

Acepto llevar a mi hijo al médico para que lo evalúe y llene la Autorización para regresar a la escuela/guardería infantil todas las veces que mi hijo sea enviado a casa durante el día lectivo porque está enfermo.

Si a alguien en mi casa le han diagnosticado o confirmado 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.

***Se define exposición como exposiciones individuales que se suman en un período de 24 horas (ejemplo: tres exposiciones de 5 minutos por un total de 15 minutos). Se considera que una persona con COVID-19 puede transmitir la enfermedad desde 2 días antes de enfermarse o 2 días antes de dar positivo por COVID-19 si esa persona nunca tuvo síntomas.**

Si alguien en mi casa desarrolla cualquiera de los síntomas arriba descritos, haré que esa persona sea evaluada por un médico y/o que le hagan la prueba del COVID-19. Si esa persona da positivo o se le diagnostica COVID-19 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 mi hijo diera positivo.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Firma del padre, madre, o tutor legal: _____ Fecha: _____

Revised 10.28.20