

NOTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE ENFERMO

Student Name: _____

Date: _____

School: _____

Time: _____ AM/PM

Padre/Tutor:

El estudiante se presentó hoy en la sala de enfermería con los siguientes síntomas nuevos e inexplicables:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fever/chills/ fiebre/escalofríos | <input type="checkbox"/> Cough/tos | <input type="checkbox"/> Shortness of breath/dificultad para respirar |
| Temp/Temperatura: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> New loss of taste/smell/pérdida reciente del gusto/olfato | <input type="checkbox"/> Fatigue/fatiga | <input type="checkbox"/> Muscle aches/dolores musculares |
| <input type="checkbox"/> Sore throat/dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Diarrhea/diarrea | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting/náuseas/vómitos |
| <input type="checkbox"/> Runny nose/congestion/mocos/congestión | <input type="checkbox"/> Other/otro: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Stomachache/dolor de estómago | | |
| <input type="checkbox"/> Headaches /dolores de cabeza | | |

Debido a COVID-19 en la comunidad, se recomienda que todos los niños enfermos sean evaluados por un proveedor de atención médica. Lleve este formulario a su proveedor de atención médica.

School Public Health Nurse/Aide Observation/observación del enfermero/asistente de salud pública escolar:

Comments/comentarios: _____

Firma: _____ RN /Asistente de salud

Siga las siguientes Pautas para regresar a la escuela si su hijo fue enviado a casa con alguno de los síntomas indicados antes:

Si NO estuvo en contacto cercano con un caso de COVID-19:

- **Prueba de COVID-19 positiva:** Debe permanecer en casa hasta **10 días** desde la aparición de los síntomas, hasta que no presente fiebre durante 24 horas sin medicamentos para reducir la fiebre Y hasta que los síntomas mejoren; o **10 días** desde el día de la prueba positiva si nunca tuvo síntomas.
- **Prueba de COVID-19 negativa:** Debe permanecer en casa hasta no tener fiebre durante 24 horas sin medicamentos que reducen la fiebre Y hasta que los síntomas mejoren.
- **No se realizaron pruebas ni hay diagnósticos alternativos:** Debe permanecer en casa hasta **10 días** desde la aparición de los síntomas, hasta que no presente fiebre durante 24 horas sin medicamentos para reducir la fiebre Y hasta que los síntomas mejoren.
- **Otro diagnóstico por parte de un proveedor de atención médica que explica los síntomas:** Debe permanecer en casa hasta no tener fiebre durante 24 horas sin medicamentos que reducen la fiebre Y los síntomas mejoren o más según lo que indique el proveedor de atención médica.

Si estuvo en contacto cercano con un caso de COVID-19:

- **Prueba de COVID-19 positiva:** Debe permanecer en casa hasta **10 días** desde la aparición de los síntomas, no presente durante 24 horas sin medicación para reducir la fiebre Y hasta que los síntomas mejoren; o **10 días** desde el día de la prueba positiva si nunca tuvo síntomas.
- **Prueba de COVID-19 negativa o no se realizaron pruebas:** Póngalo en cuarentena para que permanezca en casa hasta **14 días** desde la fecha de la última exposición, no presente fiebre durante 24 horas sin medicación para reducir la fiebre Y hasta que los síntomas hayan mejorado.

www.fairfaxcounty.gov/health/novel-coronavirus

703-267-3511, TTY 711

Una publicación de Fairfax, Va. Noviembre de 2020. Para más información o si desea obtener información en un formato alternativo, llame al Fairfax County Health Department al 703-246-2411. TTY 711.

Spanish-Lat. Am



Permission to Return to School/Child Care

Dear provider:

Please assess children with illness symptoms or COVID-19 exposure using the VDH Algorithm for Evaluating a Child with COVID-19 Symptoms or Exposure (<https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/182/2020/08/Evaluating-Symptoms-in-a-Child.pdf>). Testing for SARS-CoV-2 is strongly recommended for all children who present any symptom of COVID-19 unless their history and clinical presentation is entirely consistent with a condition the child is known to have (e.g., allergies, asthma, migraine). Because children may have co-infections with SARS-CoV-2 and other pathogens, testing is encouraged even if another etiology is identified.

Patient Name: _____ Date of Visit: _____

Date of Most Recent Exposure (if applicable): _____ Date of Test (if applicable): _____

Date of First Symptoms (if applicable): _____

Check all that apply:

I have assessed the child consistent with the VDH COVID-19 algorithm and provided recommendations consistent with the **Return to School guidance** (located in the blue box on the reverse side of this document)

No communicable disease has been identified, including COVID-19, based on:

Laboratory test results

An alternate, non-communicable diagnosis

The earliest date this patient may return to school is _____. This statement is valid based on current relevant information but may change based on new symptoms, exposures, or results. The patient's family has been instructed to notify the office for any changes.

Signature: _____ MD/DO/NP/PA/RN/LPN Phone #: _____

Name: _____

References/Resources:

- For the current list of symptoms: www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html
- VDH Algorithm for assessing children: www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/182/2020/08/Evaluating-Symptoms-in-a-Child.pdf
- Return to School Guidance form: <http://bit.ly/FairfaxCOVIDChildForm>

