

Evaluación de síntomas en planteles escolares, desde jardín de niños, hasta el grado 12:

Testimonio del padre, madre o tutor legal

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Apellido del menor: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/de la madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Apellido del padre/de la madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal que acredite la exactitud de la información proporcionada a continuación: \_\_\_\_\_

<p><b>LUNES</b></p> <p>1. ¿Su niño ha tenido contacto cercano (a 6 pies de distancia y por lo menos 15 minutos con alguien diagnosticado con el COVID-19, o algún departamento de salud or algún proveedor de atención médica ha estado en contacto con usted y le ha aconsejado que se ponga en cuarentena?)</p> <p><input type="radio"/> Sí (el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>2. ¿Su niño presenta alguno de los siguientes síntomas?</p> <p><input type="radio"/> Fiebre</p> <p><input type="radio"/> Escalofríos</p> <p><input type="radio"/> Falta de aliento/dificultad para respirar</p> <p><input type="radio"/> Nueva tos</p> <p><input type="radio"/> Nueva pérdida del sentido del olfato o del gusto</p> <p>(Si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p>3. ¿Desde la última vez que el niño estuvo en la escuela, le han diagnosticado COVID-19 al niño?</p> <p><input type="radio"/> Sí (el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Doy fe de que la siguiente información es verdadera</p> <p>Fecha: _____ Hora _____ Inicial _____</p>	<p><b>MARTES</b></p> <p>1. ¿Su niño ha tenido contacto cercano (a 6 pies de distancia y por lo menos 15 minutos con alguien diagnosticado con el COVID-19, o algún departamento de salud or algún proveedor de atención médica ha estado en contacto con usted y le ha aconsejado que se ponga en cuarentena?)</p> <p><input type="radio"/> Sí (el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>2. ¿Su niño presenta alguno de los siguientes síntomas?</p> <p><input type="radio"/> Fiebre</p> <p><input type="radio"/> Escalofríos</p> <p><input type="radio"/> Falta de aliento/dificultad para respirar</p> <p><input type="radio"/> Nueva tos</p> <p><input type="radio"/> Nueva pérdida del sentido del olfato o del gusto</p> <p>(Si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p>3. ¿Desde la última vez que el niño estuvo en la escuela, le han diagnosticado COVID-19 al niño?</p> <p><input type="radio"/> Sí (el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Doy fe de que la siguiente información es verdadera</p> <p>Fecha: _____ Hora _____ Inicial _____</p>
<p><b>JUEVES</b></p> <p>1. ¿Su niño ha tenido contacto cercano (a 6 pies de distancia y por lo menos 15 minutos con alguien diagnosticado con el COVID-19, o algún departamento de salud or algún proveedor de atención médica ha estado en contacto con usted y le ha aconsejado que se ponga en cuarentena?)</p> <p><input type="radio"/> Sí (el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>2. ¿Su niño presenta alguno de los siguientes síntomas?</p> <p><input type="radio"/> Fiebre</p> <p><input type="radio"/> Escalofríos</p> <p><input type="radio"/> Falta de aliento/dificultad para respirar</p> <p><input type="radio"/> Nueva tos</p> <p><input type="radio"/> Nueva pérdida del sentido del olfato o del gusto</p> <p>(Si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p>3. ¿Desde la última vez que el niño estuvo en la escuela, le han diagnosticado COVID-19 al niño?</p> <p><input type="radio"/> Sí (el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Doy fe de que la siguiente información es verdadera,</p> <p>Fecha: _____ Hora _____ Inicial _____</p>	<p><b>VIERNES</b></p> <p>1. ¿Su niño ha tenido contacto cercano (a 6 pies de distancia y por lo menos 15 minutos con alguien diagnosticado con el COVID-19, o algún departamento de salud or algún proveedor de atención médica ha estado en contacto con usted y le ha aconsejado que se ponga en cuarentena?)</p> <p><input type="radio"/> Sí (el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>2. ¿Su niño presenta alguno de los siguientes síntomas?</p> <p><input type="radio"/> Fiebre</p> <p><input type="radio"/> Escalofríos</p> <p><input type="radio"/> Falta de aliento/dificultad para respirar</p> <p><input type="radio"/> Nueva tos</p> <p><input type="radio"/> Nueva pérdida del sentido del olfato o del gusto</p> <p>(Si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p>3. ¿Desde la última vez que el niño estuvo en la escuela, le han diagnosticado COVID-19 al niño?</p> <p><input type="radio"/> Sí (el estudiante debe quedarse en casa)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Doy fe de que la siguiente información es verdadera,</p> <p>Fecha: _____ Hora _____ Inicial _____</p>

Este formulario debe completarse DIARIAMENTE, incluyendo la fecha / hora / inicial del padre/madre / tutor legal, y mostrarlo al conductor del autobús al abordar un autobús escolar. No proporcionar este formulario puede resultar en la pérdida de los privilegios del pasajero/a del autobús.

Consulte el reverso para obtener información sobre las pautas para el regreso a la escuela.