

Confirmación y Acuerdo para Realizar Exámenes Diarios de Salud del COVID-19



Para mantener la salud, la seguridad y el bienestar de todos los estudiantes y el personal y para cumplir con los requisitos del departamento de salud, el Distrito Escolar de Pasco requiere que los padres / tutores legales completen este Confirmación y Acuerdo del COVID-19 antes del inicio de cada trimestre.

Como padre/tutor legal del(los) estudiante(s) que aparece(n) en este formulario, yo **confirmando y estoy de acuerdo** que llevaré a cabo, o me aseguraré de que un cuidador lleve a cabo, el siguiente examen de salud para mi estudiante cada día antes de que llegue a la escuela, viaje en el transporte escolar o participe en cualquier actividad escolar ubicada dentro o fuera de la propiedad del Distrito Escolar de Pasco.

Al enviar a su hijo a la escuela, usted confirma que la respuesta a cada pregunta es **NO**. Si responde **SÍ** a cualquiera de las siguientes preguntas, usted acepta mantener a su estudiante en casa fuera de la escuela y comunicarse con la escuela de su hijo para justificar la ausencia e informarle a la escuela que el niño no aprobó el examen de salud.

1. ¿Está el niño actualmente esperando un resultado de la prueba COVID-19?
2. ¿El niño ha dado positivo al COVID-19 en los últimos 10 días?
3. En los últimos 14 días, ¿ha estado el niño en contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante un total acumulativo de 15 minutos o más por un período de 24 horas) con alguien con un caso confirmado o sospechoso de COVID-19?
4. En los últimos 14 días, ¿un médico profesional le ha dicho al niño que se aisle o se mantenga en cuarentena? (A partir de noviembre de 2020) Desde la última vez que el niño asistió a la escuela, ¿ha experimentado cualquiera de los siguientes síntomas:
 - a. ¿Fiebre de más de 100,4°F o superior?
 - b. ¿Tos o dificultad para respirar?
 - c. ¿Una pérdida de gusto u olfato?
 - d. ¿Dolor de cabeza, dolores musculares o dolores corporales?
 - e. ¿Fatiga?
 - f. ¿Dolor de garganta?
 - g. ¿Secreción nasal o congestión?
 - h. ¿Náuseas, vómitos o diarrea?

Entiendo que si envío a mi estudiante a la escuela con cualquier síntoma COVID-19 o desarrolla síntomas en la escuela, serán inmediatamente aislados, el padre/ tutor legal será notificado, el estudiante tendrá que ser recogido inmediatamente, y el padre/ tutor legal tendrá que trabajar con la enfermera de la escuela sobre cuándo su hijo puede regresar a la escuela. Le proporcionaré a la escuela un número de teléfono correcto y contactos de emergencia en caso de que mi hijo deba ser recogido de la escuela. Entiendo que la guía COVID-19 del departamento de salud está sujeta a cambios y puede ser actualizada a medida que el Distrito Escolar de Pasco reciba nueva información.

Nombre del estudiante(s) Fecha de nacimiento Grado Maestra Número Estudiantil

Firma del Padre/Tutor Legal Número de Teléfono de Día Nombre del Contacto de Emergencia/Número
