



OFICINA DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK
1000 W Boston Post Road
Mamaroneck, New York 10543

Estimado Padre/Tutor,

Fecha: _____

Su hijo(a) _____ ha sido enviado hoy a casa con síntomas de Covid-19. Sin embargo, hay otras varias enfermedades que pueden causar estos síntomas. Se necesita una evaluación de su proveedor de servicios médicos para determinar la causa. Éste puede ser el proveedor de servicios médicos de su hijo(a) o uno en un centro de atención de urgencias.

Vea a continuación las señales o los síntomas que su hijo(a) mostró el día de hoy (circulados).

- Una temperatura mayor o igual a 100.0° F (37.8° C)
- Se siente con fiebre o tiene escalofríos
- Tos
- Pérdida de gusto u olfato
- Fatiga/cansancio
- Dolor de garganta
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Nausea, vómito, diarrea
- Dolor muscular o corporal
- Dolor de cabeza
- Congestión/secreción nasal

El Distrito Escolar de Mamaroneck **debe seguir** los lineamientos más actualizados del NYSDOH y de los departamentos locales de salud para el regreso a la escuela. **Vea la gráfica de flujo proporcionada sobre “Mi hijo(a) tiene síntomas de COVID-19. ¿Cuándo puede regresar a la escuela?”**

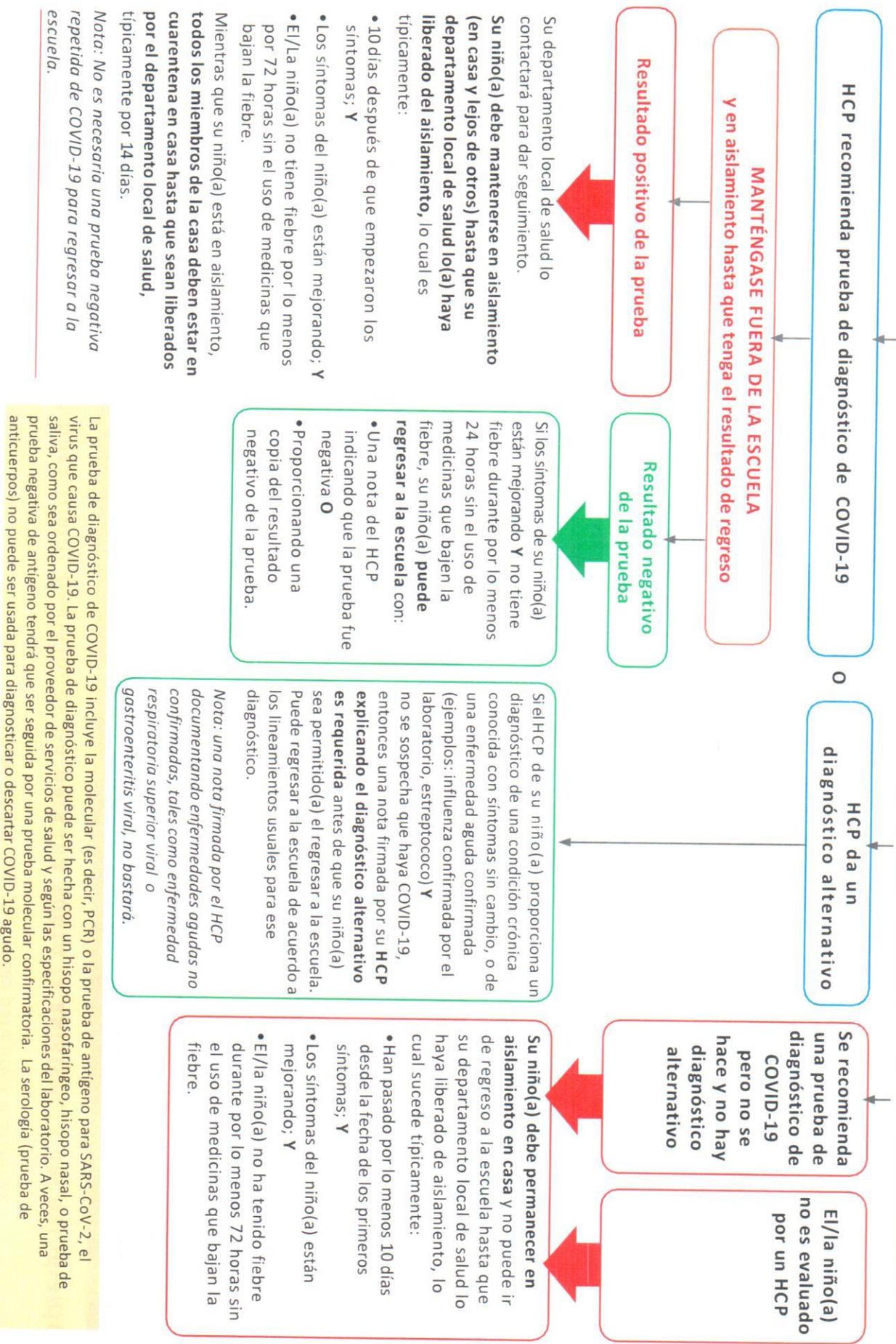
Por favor tome nota que solo la prueba molecular PCR/RNA será aceptada para liberar el regreso a la escuela.

Su proveedor de servicios médicos debe completar la “Documentación médica para liberar el regreso a la escuela” o una confirmación similar por escrito detallando la evaluación de acuerdo a la gráfica de flujo.

La documentación debe ser recibida y revisada por la enfermera escolar ANTES de que su hijo(a) entre al edificio o se monte al autobús.

Mi hijo(a) tiene síntomas de COVID-19. ¿Cuándo puede regresar a la escuela?

EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD (HCP) DE COVID-19 (puede ser en persona o por video/teléfono como lo determine el HCP)





OFICINA DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

1000 W Boston Post Road
Mamaroneck, New York 10543

DOCUMENTACIÓN MÉDICA PARA LIBERAR EL REGRESO A LA ESCUELA (Completada por el proveedor de servicios de salud)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nac.: _____ GRADO: _____ FECHA: _____

Fecha mandado(a) a casa de la escuela o primer día ausente de la escuela: _____

Fecha en que aparecieron los primeros síntomas: _____

Prueba molecular de COVID PCR/RNA: _____ Prueba de antígeno: _____

Fecha de la prueba: ____ / ____ / ____

Resultados:

- No hecha
- Positiva
- Negativa
- Pendiente

Por favor note que solo la prueba molecular PCR/RNA será aceptada para liberar el regreso a la escuela. Seleccione una opción a continuación según la gráfica de flujo del NYSDOH.

_____ Se encontró que el estudiante tiene síntomas consistentes con COVID. NO se hizo prueba de COVID, el estudiante debe quedarse en casa hasta que hayan pasado 72 horas sin fiebre y que los otros síntomas hayan mejorado, con un MÍNIMO de 10 días desde el comienzo de los síntomas.

_____ El estudiante tiene un diagnóstico de una condición conocida crónica sin cambio de síntomas o una enfermedad aguda confirmada (ejemplo: prueba positiva de estreptococo) y no se sospecha que haya Covid. **Se ADJUNTAN como es requerido una nota explicando el diagnóstico alterno y un reporte confirmado de laboratorio.**

_____ El estudiante tiene una prueba NEGATIVA DE COVID y debe quedarse en casa hasta que pase 24 horas sin fiebre y que los síntomas hayan mejorado.

_____ El estudiante tiene una prueba POSITIVA DE COVID y debe quedarse en casa hasta que hayan pasado 72 horas sin fiebre y que los otros síntomas hayan mejorado, con un MÍNIMO de 10 días desde el comienzo de los síntomas y el departamento local de salud lo(a) libera del aislamiento.

_____ El estudiante es asintomático pero tiene una prueba POSITIVA DE COVID, debe quedarse en casa por 10 días a partir de la fecha de la prueba. Si desarrolla síntomas, el estudiante ENTONCES debe quedarse en casa hasta que hayan pasado 72 horas sin fiebre y que los otros síntomas hayan mejorado, con un MÍNIMO de 10 días desde el comienzo de los síntomas.

_____ El estudiante tiene una exposición conocida a alguien con COVID-19 y debe guardar cuarentena por 14 días desde la fecha de la última exposición, sin importar los resultados de la prueba.

Nombre del proveedor de servicios médicos: _____ SELLO

Firma del proveedor de servicios médicos: _____





MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT HEALTH OFFICE

1000 W Boston Post Road
Mamaroneck, New York 10543

RETURN TO SCHOOL MEDICAL CLEARANCE DOCUMENTATION (Completed by Health Care Provider)

Student's Name: _____ DOB: _____ GRADE: _____ DATE: _____

Date sent home from school or first day absent from school: _____

Date Symptoms First Appeared: _____

Molecular PCR/RNA COVID Test: _____ Antigen Test: _____

Date of test: ____ / ____ / ____

Results:

- Not Done
- Positive
- Negative
- Pending

Please Note Only Molecular PCR/RNA testing will be accepted for Clearance to return to school. Select one option below according to the NYSDOH Flow Chart

_____ Student found to have symptoms consistent with COVID. COVID testing was NOT done, student must stay home until 72 hours after fever has resolved and other symptoms have improved, with a MINIMUM of 10 days from the onset of symptoms.

_____ Student has a diagnosis of a known chronic condition with unchanged symptoms or a confirmed acute illness (example: positive strep test) and Covid is not suspected. **A note explaining the alternate diagnosis and confirmed lab report are ATTACHED as required.**

_____ Student has a NEGATIVE COVID test and must stay home until 24 hours after fever has resolved and symptoms have improved.

_____ Student has a POSITIVE COVID test and must stay home until 72 hours after fever has resolved and other symptoms have improved, with a MINIMUM of 10 days from the onset of symptoms and the local health department releases them from isolation.

_____ Student is asymptomatic but has a POSITIVE COVID test, must stay home for 10 days from the date of the test. If symptoms develop, the student must THEN stay home until 72 hours after fever has improved and other symptoms have improved, with a MINIMUM of 10 days from the onset of symptoms.

_____ Student has a known exposure to someone with COVID-19 and must quarantine for 14 days from the date of the last exposure, regardless of test results.

Health Care Provider's Name: _____ **STAMP**

Health Care Provider's Signature: _____

