

Formulario de atestación de la COVID-19 para estudiantes de primaria

Documento suplementario para: supervisor de la COVID-19 y coordinador de atestación y evaluación de la COVID-19

Los Departamentos de Salud y Trabajo e Industrias de Washington requieren que los distritos escolares examinen a todos los estudiantes y determinen si tienen COVID-19 o han tenido contacto cercano con una persona expuesta a la misma.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

FECHA

ESCUELA

GRADO / DOCENTE

En las últimas 24 horas, su estudiante ha experimentado los siguientes síntomas:

- Fiebre de 100.4 o superior
- Tos
- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Escalofríos
- Pérdida del gusto o el olfato
- Fatiga*
- Dolor muscular o dolores corporales*
- Dolor de cabeza*
- Dolor de garganta*
- Congestión o goteo de nariz*
- Náuseas o vómito*
- Diarrea*
- Otros signos de una enfermedad nueva que no estén relacionados con una afección preexistente (como alergias estacionales)

Síntoma de corto plazo: si un estudiante presenta **solo uno de estos síntomas, este comienza y luego desaparece en menos de 24 horas **Y** no se conoce una exposición a la COVID-19 (contacto cercano), el estudiante puede regresar a la escuela al día siguiente si el síntoma a corto plazo desaparece. No se requiere una prueba de COVID-19.*

SÍ _____

NO _____

1. ¿Su estudiante ha tenido contacto cercano con alguien con un caso confirmado de COVID-19? *El contacto cercano incluye haber estado a menos de 6 pies de una persona con COVID 19 por un total de 15 minutos o más, dentro de un período de 24 horas, **O** vivir en el mismo hogar que una persona con COVID-19, **O** cuidar a una persona con COVID-19, **O** haber tenido contacto directo con la saliva u otras secreciones corporales de una persona con COVID-19.*
2. ¿Alguien en su hogar presenta síntomas similares a los de la COVID-19, o se está sometiendo a pruebas de detección de la COVID-19?
3. ¿Su estudiante ha tenido una prueba de la COVID-19 positiva para detectar virus activos en los últimos 10 días?
4. En los últimos 14 días, ¿un profesional médico o de salud pública le ha dicho al estudiante que se haga un seguimiento a sí mismo, se autoaisle o haga cuarentena debido a preocupaciones respecto a la COVID-19?

Si respondió "SÍ" a cualquiera de estas preguntas, quédese en casa y póngase en contacto con su escuela.

SÍ _____

NO _____

Si respondió sí a cualquiera de las anteriores, no traiga a su hijo a la escuela y siga la política de asistencia.

Doy fe de que las respuestas dadas anteriormente con respecto a mi hijo/a son verdaderas y precisas según mi leal saber y entender.

Firma del padre o tutor

Teléfono diurno

Fecha