

Formulario de Atestación Estudiantil Primaria COVID19

Documento suplementario para: Supervisor COVID19 y Coordinador de Atestación y Evaluación COVID19

Los Departamentos de Salud y Trabajo e Industrias de Washington requieren que los distritos escolares examinen a todos los estudiantes para determinar si el estudiante tiene COVID-19 o ha estado en estrecho contacto con una persona expuesta a COVID-19.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

FECHA

ESCUELA

GRADO / DOCENTE

En las últimas 24 horas su estudiante o alguien en su hogar ha experimentado alguno los siguientes síntomas:

- Fiebre de 100.4 o superior
- Tos
- Respiración corta o dificultad para respirar
- Escalofríos
- Pérdida del sabor u olor
- Fatiga*
- Dolor muscular o dolores corporales*
- Dolor de cabeza*
- Dolor de garganta*
- Congestión o goteo de nariz*
- Náuseas o vómitos*
- Diarrea*
- Otros signos de una enfermedad nueva

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

SÍ _____

NO _____

1. ¿Su estudiante ha estado en estrecho contacto 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 estado en contacto directo con la saliva u otras secreciones corporales de una persona con COVID-19.*
2. ¿Su estudiante o alguien en su hogar ha tenido una prueba COVID-19 positiva para detectar virus activos en los últimos 10 días?
3. En los últimos 14 días, ¿un profesional médico o de salud pública le ha dicho a su estudiante que se autosupervise o se ponga en aislamiento o cuarentena voluntaria debido a preocupaciones sobre COVID-19?

Si respondiste “Sí” a cualquiera de estas preguntas, quédese en casa y póngase en contacto con su escuela.

SÍ _____

NO _____

Si respondió que sí a cualquiera de los anteriores, por favor no traiga a su hijo a la escuela y siga la póliza de asistencia.

Doy fe de que las respuestas con respecto a mi hijo/a dadas anteriormente son verdaderas y precisas a mi mejor conocimiento.

Firma del padre/tutor

Fecha