

COVID-19: Evaluación diaria del bienestar del estudiante

Nombre del estudiante _____

Grado _____

Firma del padre, la madre o el tutor: _____

Fecha: _____

Auburn School District, en conformidad con las pautas dispuestas por el Washington Departments of Health and Labor & Industries, solicita a los padres la evaluación de todos los estudiantes que asisten a la escuela en forma presencial para la detección de síntomas relacionados a la COVID-19 o para identificar si el estudiante ha estado en contacto estrecho con una persona expuesta a la COVID-19. Documente los resultados de la evaluación DIARIA del estudiante respecto a cualquiera de los siguientes síntomas y presente el formulario con su firma el primer día presencial de la semana. **No deje ningún espacio en blanco.**

1. En las últimas 24 horas, ¿has presentado alguno de los siguientes síntomas de una manera que no es normal para ti?
 •Fiebre o escalofríos •Tos •Falta de aliento o dificultad para respirar •Fatiga •Dolor muscular en el cuerpo •Dolor de cabeza
 •Pérdida reciente del gusto o el olfato •Dolor de garganta •Congestión o secreción nasal •Náuseas o vómitos •Diarrea

2. ¿Has estado en contacto estrecho con alguna persona que tenga un diagnóstico confirmado de COVID-19, un resultado positivo en la prueba de detección de COVID-19 en los últimos 10 días, con resultados pendientes de la prueba de detección de COVID-19 o en los últimos 14 días algún profesional médico te indicó que te aislaras o que hicieras cuarentena por tu propia cuenta debido a la posibilidad de que tengas COVID-19?

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<p style="text-align: right;">3</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">4</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">5</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">6</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">7</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____
<p style="text-align: right;">10</p> No hay escuela	<p style="text-align: right;">11</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">12</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">13</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">14</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____
<p style="text-align: right;">17</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">18</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">19</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">20</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">21</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____
<p style="text-align: right;">24</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">25</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">26</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">27</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____	<p style="text-align: right;">28</p> 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Iniciales del padre o la madre: _____
<p style="text-align: right;">31</p> No hay escuela				

Síntomas del coronavirus (COVID-19)

Conozca los síntomas del COVID-19, que pueden incluir:



Consulte el dorso para conocer las expectativas sobre las decisiones que pueden tomarse según los resultados de la evaluación.

Si el estudiante presenta alguno de los síntomas que se mencionan anteriormente, o si respondió "SÍ" a alguna de las preguntas, el estudiante deberá permanecer en su casa. Comuníquese con la escuela para informar la ausencia. Debe entregar este formulario a la escuela el primer día de la semana que asista el estudiante y controlar que se hayan completado las verificaciones diarias de bienestar para la semana anterior.

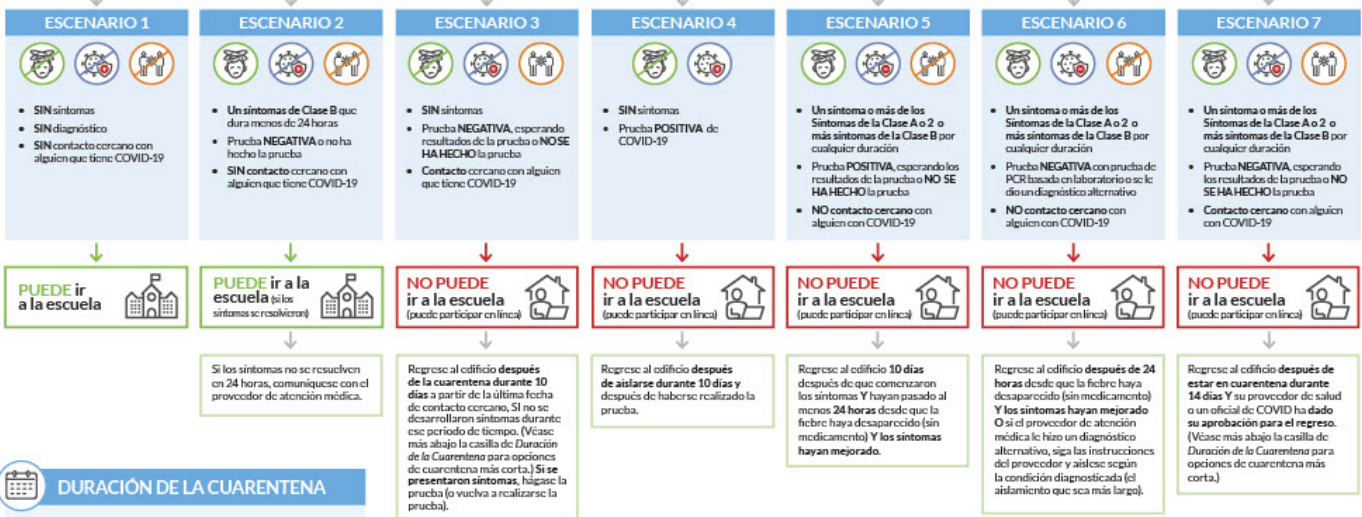
Doy fe que las respuestas en relación a mi hijo/a que se indicaron anteriormente son fieles y precisas a mi leal saber y entender.

Copie la imagen del dorso de

<https://www.kingcounty.gov/depts/health/covid-19/schools-childcare/~media/depts/health/communicable-diseases/documents/C19/schools-toolkit/dec-8/K-covid-19-screening-flow-chart.ashx>

Diagrama de Síntomas de COVID-19 para Estudiantes

EVALUACION DE SÍNTOMAS DE COVID-19 DEL ESTUDIANTE SEGÚN LA OBSERVACION DE LOS PADRES



DURACIÓN DE LA CUARENTENA

Si los 14 días recomendados no son posibles, estas son dos opciones alternativas aceptables:

- Si una persona que se encuentra en cuarentena no tiene síntomas, la cuarentena puede terminarse después del día 10.
- Si una persona que se encuentra en cuarentena recibe un test de COVID-19 negativo y no tiene ningún síntoma, la cuarentena puede terminarse después del día 7. La persona debe recibir la prueba en el día 5 o posteriormente y la cuarentena no se deberá discontinuar antes del día 8. Aun cuando se reciba la prueba negativa antes del día 8, el período de la cuarentena debería seguir siendo de siete días enteros.

SÍNTOMAS DE COVID-19*

CLASE A: <ul style="list-style-type: none"> Fiebre (definida como subjetiva o 100.4°F o más alta) Escalofríos 	<ul style="list-style-type: none"> Tos Pérdida del sentido del olfato/gusto Falta de respiración 	CLASE B: <ul style="list-style-type: none"> Fatiga Dolor de cabeza Dolores de músculos/cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor de garganta Congestión o secreción nasal Nauseas o vómito Diarrea
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Que no se explican por una condición existente, como alergias o asma.

CONTACTOS CERCANOS

"Contacto Cercano" significa estar a 6 pies de distancia de una persona con COVID-19 durante unos 15 minutos o más. Se considera que los miembros de un hogar son contactos cercanos.

¿Preguntas? Contacte a la enfermería escolar.

Aprobado el 4 de enero de 2021 por Alan Malnick, MD, MPH y Steven Kruger, MD, MPH, funcionarios de Salud Pública de los condados de Clark, Coville, Pacific, Skamania, Washington y por Amy Person, MD, oficial de Salud Pública del Condado de Klickitat