

COPIAGUE PUBLIC SCHOOLS



Dr. Kathleen Bannon, Superintendent of Schools
Karen Sheridan, Assistant Superintendent for Student Services

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE COVID 19 PARA REGRESAR A LA ESCUELA

FECHA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Estimado Padre/Tutor:

Su hijo/a fue visto en la oficina de la enfermera y fue enviado/a a casa debido a una enfermedad. Los siguientes síntomas fueron observados o reportados por su hijo/a hoy, los cuales podrían ser consistente con una infección por COVID-19:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre (100.0° o más elevado) o escalofrío | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto o olfato |
| <input type="checkbox"/> Sin aliento o dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Garganta irritada |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares o del cuerpo | <input type="checkbox"/> Náusea o vómito |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | |

GUÍAS PARA VOLVER A LA ESCUELA

- ◆ Si el estudiante tiene síntomas que podrían ser COVID-19 y quiere regresar antes de completar el período de 10 días en casa
 1. Al menos 10 días han pasado desde que aparecieron los síntomas por primera vez Y;
 2. El/La Niño/a está libre de síntomas Y;
 3. Al menos un día (24 horas) ha pasado sin fiebre y sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre
- ◆ Si el estudiante dio positivo de COVID-19

Se asume que el individuo tiene COVID-19 y debe completar el mismo conjunto de 3 pasos enumerados anteriormente antes de volver a la escuela
- ◆ Si el estudiante tiene síntomas que podrían ser COVID-19 pero no ha sido evaluado por un profesional médico o no ha recibido una prueba de COVID-19

Un profesional médico llena este formulario dando un diagnóstico alternativo y autorización para regresar a la escuela
○
Un profesional médico llena este formulario confirmando la prueba de COVID-19 Negativa y autorización para regresar a la escuela

PRUEBA COVID 19: POSITIVO NEGATIVO NO REALIZADO

Diagnóstico: _____ Autorizado para regresar a la escuela: _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre del Proveedor: _____ Número de Contacto: _____

(Imprimir)

SELLO:

