

**ATESTACIÓN DEL PADRE / TUTOR
EXAMEN DIARIO DE SÍNTOMAS DE COVID**

Nombre del niño: _____ Apellido del niño: _____

Nombre del padre / tutor: _____ Apellido del padre / tutor: _____

1. ¿Ha tenido su hijo contacto cercano (dentro de 6 pies durante al menos 15 minutos acumulados durante un período de 24 horas) en los últimos 14 días con alguien diagnosticado con COVID-19, o algún departamento de salud o proveedor de atención médica ha estado en contacto con usted y le aconsejó a usted o a su hijo que se pusieran en cuarentena?

- **Sí:** notifique a la escuela de su hijo. Se le informará sobre los próximos pasos apropiados de acuerdo con el **diagrama de flujo COVID-19 de empleado / estudiante.**
- **No:** su hijo puede estar en la escuela si no presenta síntomas.

2. ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes síntomas? Fiebre (temperatura de 100,4 °F o más), dolor de cabeza, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, tos nueva, diarrea y / o vómitos, nueva pérdida del gusto o del olfato

- **Sí:** su hijo no debe asistir a la escuela. Notifique a la escuela de su hijo, posiblemente junto con su proveedor de atención médica, para consultar sobre los próximos pasos apropiados.
- **No:** su hijo puede estar en la escuela si no presenta síntomas.

3. Desde la última vez que estuvo en la escuela, ¿su hijo ha sido diagnosticado con COVID-19 (¿o ha tenido síntomas, pero eligió NO hacerse la prueba de COVID-19)? **Sí** **No**

- **Sí: su hijo debe quedarse en casa.** Notifique a la escuela de su hijo y haga consultas; Debe cumplir con los **Criterios para el regreso a la escuela** (proporcionados por el administrador de su escuela o la enfermera de la escuela durante la consulta):

**** Tenga en cuenta:** Las escuelas del Condado de Caldwell no aceptarán los resultados de las pruebas COVID-19 de “venta libre sin receta”, “pruebas caseras” o “auto administradas”.

Al firmar a continuación, doy fe de lo siguiente:

1. Examinaré a mi hijo todos los días durante el año escolar 2021-22 y NO enviaré a mi hijo a la escuela si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es **SÍ.**
2. Al enviar a mi hijo a la escuela en cualquier día, certifico que he examinado a mi hijo ese día y la respuesta a **TODAS** las preguntas anteriores es **NO.**
3. Si a mi hijo se le diagnostica COVID-19 o se le identifica como un contacto cercano, no enviaré a mi hijo de regreso a la escuela hasta que cumpla con los criterios para regresar.
4. Me comunicaré con la escuela si mi hijo tiene algún síntoma similar al COVID o exposición al COVID-19.
5. Entiendo que las escuelas del condado de Caldwell no aceptarán los resultados de las pruebas COVID-19 de “venta libre sin receta”, “pruebas caseras” o “auto administradas”.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

El distrito escolar se reserva el derecho de discontinuar el uso de este formulario, de requerir el uso de un formulario diferente o de requerir una evaluación en persona en cualquier momento.