



# COVID-19 Information

Office of Health Services 443-809-6368

## FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA DE SALUD Y DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DE COVID-19

COMPLETE Y ENVÍE CON SU HIJO/A (S) EL PRIMER DÍA DE REGRESO A LA ESCUELA Y EL PRIMER DÍA ESCOLAR DE CADA MES.

### Exámenes diarios de salud para estudiantes y personal

Todos los estudiantes y miembros del personal deben someterse a un examen de salud diario para los síntomas de COVID-19 antes de venir a la escuela. Si la respuesta es "Sí" para CUALQUIERA de las preguntas a continuación, por favor que el estudiante se quede en casa, al igual que el personal y busque atención médica:

- **¿Te sientes mal hoy? Los síntomas de COVID-19 incluyen:**
  - Fiebre de 100 grados Fahrenheit (37,8 Celsius) o superior
  - Dolor de garganta, congestión o si hay secreción nasal
  - Nuevo inicio o empeoramiento de la tos o dificultad para respirar
  - Pérdida reciente del sabor o del olor
  - Nausea, vómito o diarrea
  - Dolor muscular, escalofríos o cansancio extremo
  - Dolor de cabeza reciente o severo
- **¿Está esperando un resultado de la prueba COVID-19?**
- **¿Ha dado positivo en un examen de COVID-19 o ha tenido contacto cercano reciente con una persona diagnosticada con COVID-19?**

*Entiendo que es mi responsabilidad, como padre/tutor de \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) revisar los síntomas y el estado de salud de mi hijo/a (s) diariamente antes de enviarlo/a (s) a la escuela. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es Sí, haré que mi hijo/a/o (s) se quede (n) en casa. He revisado las prácticas de seguridad de BCPS COVID-19 con mi hijo y estoy de acuerdo en que mi hijo/a (s) siga estas prácticas.*

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Contactos de emergencia

Los estudiantes que desarrollen síntomas de enfermedad en la escuela serán retirados del salón de clases y deberán ser recogidos inmediatamente para regresar a su casa. Indique la mejor manera de ponernos en contacto con usted y con las personas que podrían recoger a su hijo/a si usted no está disponible para hacerlo de inmediato.

Padre/Tutor 1 Nombre: \_\_\_\_\_ Número de contacto(s): \_\_\_\_\_

Padre/Tutor 2 Nombre: \_\_\_\_\_ Número de contacto(s): \_\_\_\_\_

Personas a las que pueden llevarse al estudiante a su casa en caso de que no sean los padres:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número(s) de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número(s) de contacto: \_\_\_\_\_