



Distrito Escolar Roosevelt
Reconocimiento y Divulgación Parental Acerca de COVID-19

Cada declaración a continuación debe ser leída por uno de los padres o el tutor del niño y completar colocando sus iniciales.

*** Se requiere la firma de uno de los padres o del tutor del niño.**

1. _____ Entiendo que durante esta emergencia de salud pública de COVID-19, NO se me permitirá ingresar a la instalación/escuela más allá del área designada para dejar y recoger personas. Entiendo que este cambio de procedimiento es por la seguridad de todas las personas presentes en la instalación/escuela y para limitar en la medida que posiblemente el riesgo de exposición de todos.

2. _____ Entiendo que es mi responsabilidad informar a otros miembros de mi hogar sobre la información aquí contenida.

3. _____ Entiendo que SI hay una emergencia que me obliga a ingresar a la instalación más allá del área designada para dejar y recoger, DEBO lavarme las manos y usar una máscara antes de ingresar. Mientras esté en la instalación, practicaré el distanciamiento social y permaneceré a 6 pies de todas las demás personas, excepto de mi propio hijo.

4. _____ Entiendo que para poder asistir a la escuela o participar en un programa del distrito, mi hijo debe estar libre de síntomas de COVID-19. Si durante el día aparece alguno de los siguientes síntomas, mi hijo será separado del resto del grupo y trasladado a un área segura y supervisada. Seré contactado y mi hijo DEBE ser recogido dentro de 1 hora de haber sido notificado.

Los síntomas incluyen:

- Fiebre de 100.4 grados Fahrenheit o más
- Escalofríos
- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolores musculares o corporales
- Dolor de cabeza
- Nueva pérdida del gusto u olfato
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Náuseas o vómitos
- Diarrea
- Cualquier otro síntoma de enfermedad, aunque piense o no sea constante que esté relacionado con COVID-19

Aunque dentro del Distrito comprendemos que muchos de estos síntomas también pueden corresponder a problemas no relacionados con COVID-19, debemos proceder con mucha precaución durante esta emergencia de salud pública. Por regular, los síntomas suelen aparecer de dos a 14 días después de la infección. Por lo tanto, su hijo deberá estar libre de síntomas, sin ningún medicamento, durante las últimas 72 horas de la cuarentena (2-14 días) antes de regresar al campus.

5. _____ Entiendo que si mi hijo resulta positivo por COVID-19, notificaré a la enfermera de la escuela y aislaré a mi hijo en casa por un mínimo de 10 a 14 días. Entiendo que mi hijo deberá estar libre de síntomas, sin ningún medicamento, durante las últimas 72 horas de la cuarentena (2-14 días) antes de regresar al campus.

6. _____ Entiendo que como padre/tutor, tendré que tomar la temperatura de mi hijo antes de ir a la escuela o al programa del distrito. Entiendo que, como padre/tutor, también debo realizar una autoevaluación diaria de mi hijo para detectar síntomas antes de que llegue a la escuela.

7. _____ Entiendo que, durante el transcurso del día, se puede tomar la temperatura de mi hijo.

8. _____ Entiendo que se le pedirá a mi hijo que se lave las manos durante el día usando los procedimientos de lavado de manos recomendados por el CDC¹

9. _____ Entiendo que mi hijo debe usar una mascarilla/cubre bocas durante todo el día de acuerdo con los protocolos establecidos por el Distrito.

10. _____ Notificaré inmediatamente a la enfermera de la escuela si me doy cuenta de que mi hijo ha tenido contacto cercano con cualquier persona que haya sido diagnosticada con COVID-19. El CDC define "contacto cercano" como estar a 6 pies de una persona infectada durante un total acumulado de 15 minutos o más durante un período de 24 horas * a partir de 2 días antes del inicio de la enfermedad (o, para pacientes asintomáticos, 2 días antes de que las muestras de ensayo fueron tomadas) hasta el momento en que se aísla al paciente.

11. _____ El Sitio/Distrito continuará siguiendo las pautas tanto de los CDC como de los funcionarios estatales y locales. A medida que ocurran cambios, los padres y tutores serán notificados de cualquier actualización. La enfermera de la escuela se comunicará con el Departamento de Salud Pública del Condado de Maricopa si algún miembro del personal o estudiante contrae COVID-19 para ayudarse a tomar decisiones cruciales sobre los próximos pasos.

12 _____ Entiendo que, mientras esté presente en la escuela o en el programa del distrito todos los días, mi hijo estará en contacto con niños y empleados que también están en riesgo de exposición comunitaria. Entiendo que ninguna lista de restricciones, pautas o prácticas eliminará el riesgo de exposición a COVID-19. Entiendo que los miembros de mi familia juegan un papel crucial en mantener a todos en la escuela seguros y reducir el riesgo de exposición al seguir las prácticas descritas en este documento.

Yo, _____ Certifico que he leído, entiendo y acepto cumplir con las disposiciones aquí enumeradas.

Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha: _____

¹ CDC Centro de Control de Enfermedades por sus siglas en inglés