

Acuerdo de Padre/Guardián

Para proteger a nuestros hijos y al personal, estoy de acuerdo en mantener a mi hijo en casa si tiene:

- Fiebre (una temperatura de 100.4 o más)
- Tos
- Dolor de garganta
- Escalofríos
- Dolor Muscular
- Dolor de Cabeza
- Nueva pérdida de sabor u olfato.

Si mi hijo/a tiene alguna de estas señales COVID-19, No lo enviaré a él/ella de regreso a la escuela hasta que:

- Mi hijo dio negativo para COVID y por lo demás está lo suficientemente bien como para volver a la escuela
- Un proveedor de atención médica ha visto a mi hijo y ha documentado una razón para los síntomas distintos de COVID
- Todos son ciertos: 1) al menos 10 días desde el comienzo de los síntomas Y 2) los medicamentos antifebriles sin fiebre durante 3 días Y 3) los síntomas están mejorando.

Si mi hijo/a es diagnosticado con COVID-19, no lo enviaré de regreso a la escuela hasta lo siguiente:

- Han pasado al menos 10 días desde que mi hijo tuvo los primeros síntomas **Y**
- Mi hijo/a no ha tomado medicamentos antifebriles para la fiebre (ej: Tylenol, Ibuprofeno) durante 3 días **Y**
- Los síntomas de mi hijo/a está mejorando

Si alguien en mi hogar es diagnosticado con COVID-19 o mi hijo/a está expuesto a COVID-19, lo mantendré en casa por 14 días.

Si alguien en mi hogar desarrolla tos nueva, falta de aliento o dos de los siguientes: dolor de garganta, escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olfato, haré que esa persona sea examinada para detectar COVID-19. Si esa persona da positivo, mantendré a mi hijo en casa durante 14 días.

Nombre de niño/a: _____

Nombre Padre/Guardian: _____

Firma de Padre/Guardian: _____

Fecha: _____

Centro de KenCrest: _____