

Distrito Escolar Port Washington Union Free

Nombre del alumno _____

F. de Nac. _____

Fecha en ser enviado desde la escuela o 1.^{er} día en casa viniendo de la escuela _____

Su hijo/a se ha presentado en la enfermería de la escuela con los siguientes síntomas que son coherentes con el COVID-19 y **debe recibir una verificación de su proveedor de salud:**

Fiebre de _____ Hora: _____ Tos _____ Falta de aire o dificultad para respirar _____ Escalofríos _____ Fatiga _____

Músculo/Dolores en el cuerpo _____ Dolor de cabeza _____ Pérdida reciente del sentido del gusto u olfato _____

Irritación de garganta _____ Congestión o nariz que moquea _____ Náusea/Vómito/Diarrea _____

Otro: _____

Para la escuela, la fiebre se define como >100 °F (37.7 °C) y “resuelto” significa que el alumno tiene una temperatura por debajo de ese nivel SIN usar medicamentos. Si nunca hubo fiebre presente, de igual forma se deben usar las otras directrices.

Para ser completado por el proveedor de salud: selecciones una opción (de acuerdo con las directrices CDC/DOH):

Si la prueba está como PENDIENTE, complete este formulario solo después de que los resultados estén disponibles. Un alumno NO puede regresar mientras la prueba esté en estado de pendiente.

_____ Se encontró que el alumno tiene otra causa para los síntomas debido a una enfermedad grave confirmada y/o una condición crónica conocida, la prueba de SARS-COV2 NO fue realizada, y puede regresar a la escuela en 24 horas después de desaparecer la fiebre y hayan mejorado los otros síntomas. **Diagnóstico** _____.

_____ **NO** se encontró que el alumno tuviese otra causa para los síntomas, NO se realizó la prueba de SARS-COV2, el alumno puede regresar a la escuela 24 horas después de haber desaparecido la fiebre y los otros síntomas hayan mejorado, con un **MÍNIMO** de 10 días desde el inicio de los síntomas.

_____ El alumno tiene un resultado **NEGATIVO** en la prueba de SARS-COV2, así como otra causa para los síntomas y puede regresar a la escuela 24 horas después de que los síntomas hayan desaparecido, según la nota del médico.

_____ El estudiante tuvo un resultado **NEGATIVO** en la prueba de SARS-COV2, pero se considera que todavía está en riesgo, por lo que no puede regresar a la escuela hasta 72 horas después de que la fiebre haya desaparecido y hayan mejorado los otros otros síntomas, con un **MÍNIMO** de 10 días desde el inicio de los síntomas.

_____ El alumno tuvo un resultado **POSITIVO** en la prueba de SARS-COV2 y debe permanecer en casa hasta 72 horas después de que la fiebre haya desaparecido y hayan mejorado los otros síntomas, con un **MÍNIMO** de 10 días desde la aparición de los síntomas.

_____ El alumno es asintomático pero tuvo un resultado **POSITIVO** en la prueba de SARS-COV2, y debe permanecer en casa por 10 días a partir de la fecha de la prueba. Si desarrolla síntomas, el alumno debe ENTONCES permanecer en casa hasta por 72 horas después de que la fiebre haya desaparecido y hayan mejorado los otros síntomas, con un **MÍNIMO** de 10 días a partir de la fecha de la prueba.

_____ Se conoce que el alumno ha **estado expuesto** a una persona con COVID-19 y debe permanecer en cuarentena por 10 días a partir de la fecha de la última exposición, sin importar los resultados de la prueba.

Lo más pronto que este alumno puede regresar a la escuela es _____

Nombre del doctor: _____

Fecha: _____

Firma del doctor: _____

Sello: