



Se recomienda encarecidamente a los padres / cuidadores que vigilen a sus hijos para detectar signos de enfermedad todos los días, ya que ustedes son la primera línea para evaluar la enfermedad. **Los estudiantes que estén enfermos no deben asistir a la escuela en persona.** 1st Cerebral Palsy of NJ hará cumplir estrictamente los criterios de exclusión tanto para los estudiantes como para el personal.

Padres / Cuidadores: Por favor revise y firme que realizará esta breve verificación cada mañana antes de enviar a su hijo a la escuela. **Devuelva este formulario firmado con su hijo el primer día de instrucción en persona.** Conserve la segunda página como referencia cuando realice su evaluación diaria.

### **Sección 1: Síntomas**

Cualquiera de los síntomas a continuación podría indicar una infección por COVID-19 en los niños y puede poner a su hijo en riesgo de transmitir la enfermedad a otras personas. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles y que los niños con COVID-19 pueden experimentar alguno, todos o ninguno de estos síntomas. Por favor revise a su hijo diariamente para ver si tiene estos síntomas:

<b>Columna A</b>	<b>Columna B</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fiebre (medida o subjetiva)</li><li>• Resfriado</li><li>• Rigores (escalofríos)</li><li>• Mialgia (dolores musculares)</li><li>• Dolor de cabeza</li><li>• Dolor de garganta</li><li>• Náuseas o vómitos</li><li>• Diarrea</li><li>• Fatiga</li><li>• Congestión o secreción nasal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tos</li><li>• Dificultad para respirar</li><li>• Respiración dificultosa</li><li>• Nueva pérdida de olfato</li><li>• Nueva pérdida del gusto</li></ul>

Si DOS O MÁS de los síntomas en la Columna A son positivos, O AL MENOS UN síntoma en la Columna B es positivo, por favor mantenga a su hijo en casa y notifique a la enfermera de la escuela para más instrucciones.

Reconozco que he revisado y seguiré la política de detección de síntomas.

Nombre (letra de imprenta): Firma: Fecha:

-----  
--

### **Sección 2: Contacto cercano / Exposición potencial**

Verifique si:

- Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 10 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado
- A alguien en su hogar se le diagnostica COVID-19
- Su hijo ha viajado a un área de alta transmisión comunitaria (visite <https://covid19.nj.gov/> para obtener una lista completa de las áreas)

Si CUALQUIERA de los campos de la Sección 2 está marcado, su hijo debe permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición (si el niño es un contacto cercano de un caso confirmado de COVID-19) o la fecha de regreso a Nueva Jersey. Comuníquese con el proveedor de su hijo o con el departamento de salud local para obtener más orientación.

Reconozco que he revisado y seguiré la política de detección de contacto cercano / exposición potencial.

Nombre (letra de imprenta): Firma: Fecha:

## LISTA DE VERIFICACIÓN DIARIA PARA ESTUDIANTES COVID-19

### (Para uso doméstico)

Guárdelo en casa para usarlo en su evaluación diaria antes de enviar a su hijo a la escuela.

#### Sección 1: Síntomas

Cualquiera de los síntomas a continuación podría indicar una infección por COVID-19 en los niños y puede poner a su hijo en riesgo de transmitir la enfermedad a otras personas. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles y que los niños con COVID-19 pueden experimentar alguno, todos o ninguno de estos síntomas. Por favor revise a su hijo diariamente para ver si tiene estos síntomas:

<b>Columna A</b>	<b>Columna B</b>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Fiebre (medida o subjetiva)</li><li><input type="radio"/> Resfriado</li><li><input type="radio"/> Rigores (escalofríos)</li><li><input type="radio"/> Mialgia (dolores musculares)</li><li><input type="radio"/> Dolor de cabeza</li><li><input type="radio"/> Dolor de garganta</li><li><input type="radio"/> Náuseas o vómitos</li><li><input type="radio"/> Diarrea</li><li><input type="radio"/> Fatiga</li><li><input type="radio"/> Congestión o secreción nasal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Tos</li><li><input type="radio"/> Dificultad para respirar</li><li><input type="radio"/> Respiración dificultosa</li><li><input type="radio"/> Nueva pérdida de olfato</li><li><input type="radio"/> Nueva pérdida del gusto</li></ul>

Si DOS O MÁS de los síntomas en la Columna A son positivos, O AL MENOS UN síntoma en la Columna B es positivo, por favor mantenga a su hijo en casa y notifique a la enfermera de la escuela para más instrucciones.

---

#### Sección 2: Contacto cercano / Exposición potencial

Verifique si:

- Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 10 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado
- A alguien en su hogar se le diagnostica COVID-19
- Su hijo ha viajado a un área de alta transmisión comunitaria (visite <https://covid19.nj.gov/> para obtener una lista completa de las áreas)

Si CUALQUIERA de los campos de la Sección 2 está marcado, su hijo debe permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición (si el niño es un contacto cercano de un caso confirmado de COVID-19) o la fecha de regreso a Nueva Jersey. Comuníquese con el proveedor de su hijo o con el departamento de salud local para obtener más orientación.