

Acuerdo de Padres/Guardia

La firma en este formulario indica el entendimiento y el acuerdo por parte del padre/tutor/estudiante de que el estudiante será monitoreado cada mañana antes de la escuela por enfermedad. Al firmar este formulario, usted reconoce y acepta que su hijo está obligado a quedarse en casa si presenta signos de enfermedad, y que usted notificará a la escuela si su hijo se mantiene en casa debido a dicha enfermedad.

ATTENCION: Al firmar este formulario, usted acepta monitorear a su hijo cada mañana antes de la escuela para las siguientes condiciones. Si responde "SI" a cualquiera de estas preguntas, el estudiante debe permanecer en casa:

1. Fiebre (100.4 o superior) *La temperatura debe tomarse antes de la administración de cualquier medicamento que reduzca la fiebre. NO envíe a su hijo a la escuela si se ha administrado medicamentos para reducir la fiebre antes de un control de temperatura si sospecha que está presentando signos de fiebre.
2. Dolor de Garganta
3. Toce o falta de aire
4. Dolores musculares o dolor de cuerpo
5. Dolor de cabeza
6. Nausea/ Vomito/ Diarrea
7. ¿El niño ha estado en contacto directo con alguien que ha sido diagnosticado con COVID19?
8. ¿El niño ha estado en contacto directo con alguien que ha sido puesto en cuarentena para el contacto probable con COVID19?
9. ¿Ha viajado el niño fuera de los Estados Unidos en los últimos treinta (30) días? ¿Ha viajado el niño fuera de los Estados Unidos en los últimos treinta (30) días?

Por favor, busque atención médica según sea necesario con su médico personal o uno de nuestros proveedores de la clínica AHEC en la escuela. Hay disponible un folleto con información de la Clínica Escolar AHEC.

Usted también acepta que si su hijo se enferma durante el día escolar, se espera que usted recoja a su hijo INMEDIATAMENTE de la escuela. Usted está obligado a notificar a la escuela si cambia su número de teléfono o dirección.

Esto también incluirá el cumplimiento de la exclusión de la escuela si lo ordena el Departamento de Salud de Florida-Monroe, División de Epidemiología.

Nombre de Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ATTESTACION: Entiendo y acepto seguir los requisitos:

1. Vigilaré a mi hijo por enfermedad cada mañana antes de la escuela.
2. Mantendré a mi hijo en casa si tiene síntomas.
3. Notificaré a la escuela cada vez que mi hijo esté enfermo.
4. Notificaré inmediatamente a la escuela cualquier cambio en mi número de teléfono o dirección.
5. Si mi hijo se enferma durante la escuela, recogeré a mi hijo inmediatamente.
6. Seguiré cualquier/TODAS las pautas del Departamento de Salud de Florida-Monroe, División de Epidemiología si/cuando el seguimiento de contactos requiere que mi hijo sea puesto en cuarentena del entorno escolar.

Nombre de Padre/Guardia: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____