

Formulario de atestación de la COVID-19 para estudiantes de secundaria

Documento suplementario para: supervisor de la COVID-19, coordinador de atestación y evaluación

Los Departamentos de Salud y Trabajo e Industrias de Washington requieren que los distritos escolares examinen a todos los estudiantes y determinen si tienen COVID-19 o han tenido contacto cercano con una persona expuesta a la misma.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

FECHA

En las últimas 24 horas ha experimentado cualquiera de los siguientes síntomas:

- Fiebre de 100.4 o superior
- Tos
- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Escalofríos
- Pérdida del gusto o el olfato
- Fatiga*
- Dolor muscular o dolores corporales*
- Dolor de cabeza*
- Dolor de garganta*
- Congestión o goteo de nariz*
- Náuseas o vómito*
- Diarrea*
- Otros signos de una enfermedad nueva que no estén relacionados con una afección preexistente (como alergias estacionales)

Síntoma de corto plazo: si presenta **solo uno de estos síntomas, este comienza y luego desaparece en menos de 24 horas **Y** no se conoce una exposición a la COVID-19 (contacto cercano), usted puede regresar a la escuela al día siguiente si el síntoma a corto plazo desaparece. No se requiere una prueba de COVID-19.*

SÍ _____

NO _____

1. ¿Ha tenido contacto con alguien con un caso confirmado de COVID-19? *El contacto cercano incluye haber estado a menos de 6 pies de una persona con COVID 19 por un total de 15 minutos o más, dentro de un período de 24 horas, O vivir en el mismo hogar que una persona con COVID-19, O cuidar a una persona con COVID-19, O haber tenido contacto directo con la saliva u otras secreciones corporales de una persona con COVID-19.*
2. ¿Alguien en su hogar presenta síntomas similares a los de la COVID-19 o se está sometiendo a pruebas de detección de la COVID-19?
3. ¿Ha tenido una prueba de COVID-19 positiva para el virus activo en los últimos 10 días?
4. En los últimos 14 días, ¿le ha dicho un profesional médico o de salud pública que se haga un seguimiento a sí mismo, se autoaisle o se haga cuarentena debido a preocupaciones sobre la COVID-19?

Si responde SÍ a cualquiera de estas preguntas, quédese en casa y comuníquese con su escuela

SÍ _____

NO _____

Si respondió "SÍ" a cualquiera de las anteriores, no vaya a la escuela y siga la política de asistencia.

Doy fe de que las respuestas dadas anteriormente son verdaderas y precisas según mi leal saber y entender.

Firma del estudiante

Fecha