

Distrito Escolar de Muhlenberg - Servicios de Salud

PART A: Fecha de Seguimiento de Covid-19

Nombre Completo del Estudiante: _____ Edificio: _____ Grado/Selección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Última fecha en la escuela: ___/___/___ Temp: _____ F

SECCIÓN 1: CIRCULE cada síntoma que tenga en este momento:

¿Fecha en que comenzaron los síntomas? ___/___/___ **NO HAY SÍNTOMAS en este momento.**

- Nueva Aparición de tos * o dificultad para respirar (para estudiantes con tos crónica alérgica / asmática, un cambio en su tos desde el inicio)
 - Dificultad para respirar **
 - Pérdida del sentido del gusto de nueva aparición (trastorno del gusto)
 - Pérdida del olfato de nueva aparición (trastorno olfativo)
 - Fiebre 100.0 o más (medida o subjetiva)
 - Escalofríos o escalofríos (rigores)
 - Dolor muscular (mialgia)
 - Dolor de garganta
 - Síntomas gastrointestinales: diarrea, náuseas o vómitos
 - Dolor de cabeza
 - Fatiga
- Indique cualquier otro síntoma o preocupación reciente en las últimas 48 horas
- _____
- _____

SECCIÓN 2: Estado Actual

- Ha sido positivo en la prueba de COVID-19: Fecha de la prueba: ___/___/___ Lugar de la prueba: _____
- Está esperando los resultados de la prueba COVID-19: Fecha de la prueba: ___/___/___ Lugar de la prueba: ___/___/___
- Ha recibido la serie completa de la vacuna COVID: Fecha de la última vacuna: ___/___/___ Marca: _____

SECCIÓN 3: Exposición

- Tuvo contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado
Fecha de inicio del síntoma por el contacto ___/___/___ Última fecha de exposición ___/___/___ O en marcha
- Tuvo contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos) con una persona en cuarentena por posible exposición al SARS-CoV-2
Fecha de inicio del síntoma por el contacto ___/___/___ Última fecha de exposición ___/___/___ O en marcha
- He viajado fuera de Estados Unidos en los últimos 10 días.
Fecha de regreso ___/___/___ Fecha de inicio del viaje ___/___/___ Sitio del viaje _____
- NO CONTACTO** con ninguna persona enferma con Covid-19 o en cuarentena por una posible exposición en este momento Y **no han viajado fuera de Estados Unidos en los últimos 10 días.**

Firma de Estudiante /Padre _____ Fecha: ___/___/___ Hora: _____

***** El personal de los Servicios de Salud debe rellenar el siguiente apartado *****

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| Comienzo de periodo de infección | | Comienzo de cuenta DOH | Puede regresar a la escuela el ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | |
| -48 horas | -24 Hr | Día | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------------------|
| | | | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | Regreso a deportes : _____ |
|--|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------------------|

Nombre Completo del Estudiante: _____ Puede regresar a la escuela en: __/__/__

PARTE B- SERÁ COMPLETADA POR ENFERMERAS ESCOLARES CERTIFICADAS

| Inicial | Situación | NOTA: cada caso se evalúa de forma individual y continua. El plan de devolución se ajustará según lo justificado | REGRESO A LA ESCUELA Y DEPORTES |
|--------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Sin síntomas ni contacto directo, Está <i>totalmente inmunizado</i> en los últimos 3 meses | | Volver al salón y actividades extracurriculares. |
| <input type="checkbox"/> | El estudiante/personal es sintomático sin contacto conocido o contacto cercano conocido con la persona positiva de COVID | | A la persona no se le permite asistir a actividades escolares o extracurriculares hasta que no tenga fiebre durante 24 horas, sin medicamentos que reduzcan la fiebre, y los síntomas han mejorado. Consulte a su proveedor de atención médica para obtener posibles pruebas si los síntomas continúan. Comuníquese con su enfermera de la escuela <u>antes de</u> regresar. |
| <input type="checkbox"/> | El estudiante/personal es sintomático sin contacto desconocido o contacto cercano conocido con la persona positiva de COVID, especialmente si los síntomas incluyen tos, dificultad para respirar, pérdida del gusto y/o pérdida del olfato. | | El individuo no está autorizado a asistir a actividades escolares o extracurriculares. La persona debe aislarse en casa durante 10 días desde el primer síntoma y hasta que no tenga fiebre durante 24 horas sin medicamentos reductores de fiebre <u>o</u> prueba covid-19 es negativa (la prueba escrita de resultados debe administrarse a la enfermera de la escuela y aprobarse antes de volver a MSD) Consulte a su proveedor de atención médica para una posible prueba. Comuníquese con su enfermera de la escuela <u>antes de</u> regresar. |
| <input type="checkbox"/> | Positivo para COVID-19 con síntomas | | El individuo puede regresar a la escuela y actividades extracurriculares si no tiene fiebre durante 24 horas, sin el uso de medicamentos y síntomas que reducen la fiebre han mejorado Y 10 días desde que aparecieron los síntomas por primera vez. Comuníquese con su enfermera de la escuela <u>antes de</u> regresar. |
| <input type="checkbox"/> | Positivo para COVID-19 sin síntomas | | El individuo puede regresar a la escuela si no tiene fiebre durante 24 horas, sin el uso de medicamentos y síntomas que reducen la fiebre han mejorado (si ocurren) Y 10 días desde la fecha de la prueba. Comuníquese con su enfermera de la escuela <u>antes de</u> regresar. |
| <input type="checkbox"/> | Contacto cercano a un caso positivo covid-19 (el contacto no era un miembro del hogar) | | El individuo debe permanecer en casa y controlar los síntomas durante 10 días después de la última exposición a la persona positiva Covid-19. <u>Notifique a la enfermera de la escuela si se presentan síntomas.</u> Continúe monitoreando los síntomas hasta el día 14. <i>Atleta puede volver a los deportes en el día 15.</i> |
| <input type="checkbox"/> | Contacto cercano a un caso positivo covid-19 (miembro del hogar- <u>puede</u> separarse) | | El individuo debe permanecer en casa y controlar los síntomas durante 10 días después de la última exposición a la persona positiva Covid-19. Continúe monitoreando los síntomas hasta el día 14. <u>Notifique a la enfermera de la escuela si se presentan síntomas.</u> <i>El atleta puede volver a los deportes en el día 15.</i> |
| <input type="checkbox"/> | Contacto cercano a un caso positivo covid-19 (miembro del hogar- <u>no puede</u> separarse) | | El individuo debe permanecer en casa y controlar los síntomas durante 20-24 días desde el inicio de los síntomas del contacto (10 días después del inicio de los síntomas del contacto Y 10-14 días después de la última fecha de exposición al individuo covid-19 positivo). <u>Notifique a la enfermera de la escuela si se presentan síntomas.</u> <i>El Atleta puede volver a los deportes en el día 25.</i> |
| <input type="checkbox"/> | Si el estudiante/miembro del personal ha viajado fuera de los Estados Unidos | | Individuo debe poner en cuarentena durante 10 días después de la fecha de devolución. <u>Notifique a la enfermera de la escuela si se presentan síntomas.</u> <i>Atleta puede volver a los deportes en el día 11.</i> |

USTED DEBE SER EVALUADO POR UNA ENFERMERA DE SERVICIOS DE SALUD AL REGRESAR A LA ESCUELA

Firma de la Enfermera Escolar Certificada _____ Fecha: ____/____/____