

**La escuela Hagedorn Little Village
Centro Jack Joel para Niños Especiales
COVID-19 Documentación de Regreso a la Escuela**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la visita al consultorio: _____

Estimado Padre / Tutor,

Usted está recibiendo este formulario como resultado de que su hijo fue reportado ausente a la oficina de asistencia o su hijo fue visto en la oficina de salud y enviado a casa debido a una enfermedad. Algunos de los síntomas que exhibieron podrían ser consistentes con una infección por COVID-19. Estos síntomas incluyen:

Fiebre	Náuseas o vómitos
Escalofríos	Nueva pérdida del gusto u olfato
Tos	Dolor de Garganta
Dolor de Cabeza	Diarrea
Fatiga	Falta de aire o dificultad para respirar

Su hijo no puede regresar a la escuela sin documentación escrita de un resultado negativo de la prueba COVID-19 o un diagnóstico alternativo. Puede enviar una nota del médico o el formulario al final de esta página, firmado y sellado por su médico. La documentación debe devolverse (por correo electrónico o fax) a la enfermera del escuela para su revisión y aprobación antes de enviar a su hijo a la escuela: correo electrónico: nurse@littlevillage.org; Fax: 516-520-6087. Todos los faxes deben enviarse a la atención de la enfermera escolar.

Para ser completado por su médico:

Fecha del examen: _____

Encierre en un círculo uno de los siguientes hallazgos:

1. Si los síntomas de un estudiante se diagnostican como un diagnóstico alternativo sin prueba de COVID-19; pueden regresar a la escuela si:
 - a. Han estado libres de fiebre, sin usar medicamentos para reducir la fiebre, y se han sentido bien durante 24 horas **y**
 - b. Tienen una nota escrita del proveedor de atención médica que indica que se les ha diagnosticado un diagnóstico alternativo y que pueden regresar a la escuela.

Diagnóstico: _____

2. Si un estudiante ha sido evaluado y examinado para COVID-19 basado en síntomas, es posible que no esté en la escuela y debe quedarse en casa hasta que:

- a. Presentan resultado negativo en la prueba COVID-19 **y**
- b. No han tenido fiebre, no han utilizado medicamentos antifebriles y no presentan síntomas.

Fecha del torunda COVID-19: _____

Resultados de la prueba COVID-19: Negativo _____ Positivo _____

3. Si **a un estudiante se le diagnostica COVID-19 por un resultado positivo de una prueba**, es posible que no esté en la escuela y se le requiera quedarse en casa hasta que:

- a. Han pasado al menos diez días desde que tuvieron su primer síntoma **y**
- b. Han pasado al menos 24 horas desde que han tenido fiebre (sin medicamentos para reducir la fiebre) **y**
- c. Han pasado al menos 3 días desde que sus síntomas mejoraron, incluyendo tos, dificultad para respirar **y**
- d. La escuela recibe documentación escrita de divulgación por parte del Departamento de Salud.

Firma del médico si está autorizado para regresar a la escuela: _____