

Este formulario es para ser visto solamente. Su(s) hijo(s) recibirá(n) una copia impresa de este formulario de su escuela para que usted lo complete.

Formulario de CPS para verificar y certificar COVID-19 en estudiantes

En respuesta a la pandemia de COVID-19, y en un esfuerzo para crear un ambiente seguro y saludable para nuestra comunidad escolar, las Escuelas Públicas de Chicago (CPS, por sus siglas en inglés) seguirán las directivas del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH, por sus siglas en inglés), y el guía de la Junta de Educación (ISBE, por sus siglas en inglés) del Estado sobre quién debe estar presente físicamente en nuestras escuelas, y quién debe someterse a una evaluación diaria de salud. De acuerdo con esta guía, los padres / tutores deben realizar una evaluación diaria de salud antes de que su hijo llegue a la escuela cada día.

Este formulario, el cual certifica que usted llevará a cabo una evaluación diaria de salud, debe rellenarse y enviarse a la escuela de su hijo antes del viernes, 29 de abril de 2022. Este formulario estará en vigor durante el cuarto trimestre y el periodo de escuela de verano para el año escolar 21-22.

Procedimientos para la certificación y verificación de la detección diaria de síntomas y otras exposiciones relacionadas al COVID-19

Como padre / tutor, yo o un cuidador adulto de mi hijo, realizaremos una evaluación diaria de síntomas para determinar si mi hijo está experimentando en ese entonces alguno de los siguientes síntomas de COVID-19, que no se pueden atribuir a otra afección de salud:

- Fiebre (100.4 grados o más)
- Tos
- Falta de aire o dificultad para respirar.
- Escalofríos
- Fatiga
- Dolores musculares o en el cuerpo
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Nueva pérdida del gusto o el olfato
- Congestión o secreción nasal.
- Náuseas y / o vómitos
- Diarrea

Reconozco y acepto que a mi hijo no se le permitirá asistir a actividades escolares e ingresar a un edificio de CPS y que notificaré a la escuela que estará ausente ese día, si:

- La evaluación diaria de síntomas de mi hijo revela que está experimentando algún síntoma de COVID-19 que no se puede atribuir a otra condición de salud.
- Mi hijo dio positivo por COVID-19 en los últimos 5 días.
- Mi hijo está esperando los resultados de una prueba de COVID-19 (excluyendo el programa de evaluación escolar de CPS)

Este formulario es para ser visto solamente. Su(s) hijo(s) recibirá(n) una copia impresa de este formulario de su escuela para que usted lo complete.

- Mi hijo no está vacunado o no está al día con sus vacunas de COVID-19* y en los últimos 5 días tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con COVID-19.
 - Fuera del aula, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) definen "contacto cercano" como "alguien que estuvo a 6 pies de una persona infectada durante un total acumulativo de 15 minutos o más durante un período de 24 horas a partir de 2 días antes del inicio de la enfermedad (o, para pacientes asintomáticos, 2 días antes de la recolección de la muestra de prueba) hasta el momento en que se aísla al paciente".
- Mi hijo no está completamente vacunado, y en los últimos 5 días viajó a un estado o territorio identificado como NARANJA o ROJO en el Aviso de Viajes de la Ciudad de Chicago, sin calificar para una excepción como indica el Aviso. (El aviso de viaje de Chicago se puede encontrar aquí:
<https://www.chicago.gov/city/en/sites/covid-19/home/emergency-travel-order.html>)
- Mi hijo no está completamente vacunado y viajó internacionalmente en los últimos 5 días.

*** ¿Está al día en sus dosis de vacunas COVID-19?**

Esto significa:

- Para las personas de 18 años o más: Ha recibido todas las dosis de vacunas recomendadas, incluidas las de refuerzo y las primarias adicionales para algunas personas inmunodeprimidas.
- Para las personas de 5 a 17 años: Ha completado la serie primaria de vacunas COVID-19.

Responsabilidad colectiva

A medida que nuestros estudiantes continúan aprendiendo en persona cinco días a la semana, debemos hacer nuestra parte para mantener a nuestra comunidad segura. Esto significa que todos los miembros de la familia CPS, incluidos los estudiantes, los padres / tutores, los maestros y el personal, deben practicar las mismas medidas de seguridad que nuestros estudiantes están usando en persona en la escuela. Por lo tanto, para mantener seguras a nuestras comunidades escolares, usted acepta lo siguiente:

- Adherirse al distanciamiento social, usar máscaras, y practicar buena higiene de manos en la escuela o en el hogar y en sus grupos sociales y comunidad;
- Cumplir con los requisitos de cuarentena durante el número apropiado de días dependiendo del lugar de viaje;
- Enseñar y demostrar los mismos hábitos de higiene saludables que usamos en la escuela en la casa: lavado de manos durante 20 segundos, uso apropiado de cubiertas de cara, y la contención de la tos y los estornudos en un pañuelo de papel o en el codo;
- Quedarse en casa si está enfermo o esperando los resultados de una prueba de COVID-19 y
- Ser un ejemplo para sus hijos y vecinos al modelar comportamientos seguros y responsables y compasión por los demás.

Al firmar a continuación, acepto y certifico lo siguiente:

- Como padre / tutor, yo u otro cuidador adulto evaluaremos a mi hijo cada día para detectar síntomas y seguiremos los procedimientos apropiados enumerados anteriormente.
- Si mi hijo experimenta algún síntoma de COVID-19 o cualquier otra exposición relacionada con COVID enumerada anteriormente, no lo enviaré a la escuela y notificaré a la

Este formulario es para ser visto solamente. Su(s) hijo(s) recibirá(n) una copia impresa de este formulario de su escuela para que usted lo complete.

escuela de su ausencia.

- Si el personal de CPS se comunica conmigo para recopilar información adicional relacionada con los síntomas, diagnóstico positivo de COVID-19, o actividades de contacto cercano de mi hijo, cooperaré y proporcionaré la información necesaria.
- Cumpliré con los procedimientos de responsabilidad colectiva descritos anteriormente.
- Mi estudiante debe estar libre de síntomas para poder participar en el aprendizaje en persona o en cualquier otro evento patrocinado por CPS.

Nombre del estudiante _____

Escuela: _____

Grado: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha:

Correo electrónico del padre o tutor legal: _____