

RECONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y / O TUTORES DE LA EVALUACIÓN DIARIA DE COVID-19 PARA ESTUDIANTES

De acuerdo con las nuevas políticas y procedimientos promulgados debido a la pandemia de COVID-19, los padres y / o tutores deberán completar una evaluación diaria en el hogar de cada estudiante que asiste a North Providence Public Escuelas antes de salir del hogar para ir a la escuela. La obligación de realizar exámenes diarios continúa hasta que cambie la política del departamento escolar. Si el estudiante no pasa la prueba de detección, al dar positivo en la detección de cualquier síntoma o factor de riesgo de COVID-19 o si no completa adecuadamente la herramienta de evaluación, no se le permitirá al estudiante asistir a la escuela ese día y el padre o tutor del estudiante debe buscar asesoramiento médico. del proveedor de atención médica del estudiante e informar a la escuela de la ausencia del estudiante.

La herramienta de detección COVID-19 adjunta refleja el tipo de síntomas y factores de riesgo que los padres o tutores deberán revelar a diario para permitir que sus estudiantes asistan a la escuela en persona.

Cualquier estudiante que obtenga un resultado positivo para cualquier síntoma o factor de riesgo de COVID-19 no puede regresar a la escuela hasta que se cumpla una de las siguientes condiciones:

- el proveedor médico del estudiante haya determinado que el estudiante sufre de una enfermedad distinta a COVID-19 y haya aprobado al estudiante regresar; **o**
- hay al menos un mínimo de 10 días desde el primer síntoma del diagnóstico clínico **y** el estudiante está al menos 24 horas libre de fiebre **sin** el uso de ningún medicamento para reducir la fiebre **mientras los** síntomas mejoran.

El formulario de auto-atestación de evaluación se proporcionará a cada padre / tutor como un documento físico o, si el padre / tutor lo elige, puede utilizar una aplicación de teléfono inteligente como lo indique el Departamento Escolar para completar la evaluación diaria. El Departamento Escolar está utilizando su sistema Skyward para recopilar respuestas diarias. Los datos serán mantenidos por el Departamento Escolar y permanecerán confidenciales, cumpliendo con las leyes FERPA e HIPPA.

SECCIÓN A: padre (s) o tutor

Apellido

Nombre

Apellido

Nombre

SECCIÓN B: Estudiantes cuyos padres o tutores antes mencionados serán responsables de la detección diaria de síntomas o factores de riesgo de COVID-19

_____	_____
Apellido	Nombre
_____	_____
Apellido	Nombre
_____	_____
Apellido	Nombre
_____	_____
Apellido	Nombre

SECCIÓN C: Certificación general Certifico

que he leído la información anterior y comprendo completamente mi responsabilidad como padre o tutor de lo anterior estudiantes nombrados, que seré responsable de su examen diario de COVID-19 y que cumpliré con las normas de North Providence La política de la escuela en lo que respecta a los procedimientos diarios de detección e informe de COVID-19.

_____	_____
Nombre (en letra de imprenta/molde)	Nombre (en letra de imprenta/ molde)
_____	_____
Nombre (Firma)	Nombre (Firma)
_____	_____
Fecha	Fecha
_____	_____
Número de teléfono	Número de teléfono