

ATESTACIÓN DE EXAMEN DE SALUD PARA DETECTAR EL COVID-19

La Guía provisional para programas de cuidado infantil del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH) requiere que todos los individuos completen un cuestionario de salud diariamente antes de llegar al programa de cuidado infantil o al llegar al programa de cuidado infantil.

Si un individuo responde "Sí" a cualquiera de las preguntas de salud, **no** puede ingresar al programa de cuidado infantil, salvo que se indique lo contrario.

Cuestionario de salud:

1. ¿Es su temperatura superior o igual a 100.4 grados Fahrenheit?
2. ¿Ha tenido algún contacto conocido con una persona confirmada (por prueba de diagnóstico) o sospechosa (basado en síntomas) de tener COVID-19 en los últimos 10 días? Nota: DOH define contacto cercano al estar dentro de 6 pies de distancia de un individuo por 10 minutos o más dentro de un período de 24 horas, a partir de 2 días antes de que se presenten síntomas; si la persona es asintomática, 2 días antes de la fecha de una prueba positiva tomada durante el período de aislamiento. El contacto cercano no incluye a individuos que trabajan en un entorno de salud, usando equipo de protección apropiado y requerido.

Excepción: El personal asintomático y los niños pueden asistir al programa si el personal/niño está completamente vacunado o si se ha recuperado del COVID-19 con confirmación de laboratorio dentro de los 3 meses anteriores y no ha sido puesto en cuarentena. Nota: La vacunación completa se define como 2 semanas o más después de recibir la segunda dosis en una serie de 2 dosis de vacunación, o 2 semanas o más después de recibir una dosis de una vacuna de dosis única.

3. ¿Está experimentando o ha experimentado recientemente (en los últimos 10 días) CUALQUIER síntoma del COVID-19? Nota: Los síntomas pueden ocurrir con afecciones médicas preexistentes, como alergias o migrañas. Solo debe responder "Sí" si sus síntomas son nuevos o están empeorando.

- Tos
- Falta de aliento
- Dificultad al respirar
- Fiebre (de 100.4 grados Fahrenheit o más)
- Escalofríos
- Dolor muscular o dolor corporal
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Pérdida de sabor u olfato
- Fatiga
- Congestión o secreción nasal
- Náusea o vómitos
- Diarrea

4. ¿Ha dado resultado positivo para el COVID-19 una prueba de diagnóstico en los últimos 10 días?
5. ¿Ha viajado dentro de los 10 días anteriores sin cumplir con los requisitos de advertencias para viajes del estado de Nueva York?

Atestación: Al firmar este documento, acepto que autocontrolaré estos síntomas cada día e informaré el resultado al programa de cuidado infantil y no ingresaré al programa de cuidado infantil si alguno de los síntomas o condiciones anteriores está presente.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Nota: Este documento debe ser firmado y devuelto al programa antes de ingresar al mismo. La copia firmada debe ser provista solo una vez. El programa de cuidado infantil debe retener una copia para sus registros.