**Notas de síntomas infantiles**

Fecha:

Estimado padre / cuidador,

Su hijo,........ ha tenido los siguientes síntomas que podrían indicar COVID-19 (marque todos los que correspondan):

|  |
| --- |
| **Esté atento a cualquiera de los siguientes síntomas de la COVID-19** |
| * Fiebre o escalofríos
* Dolores musculares o corporales
* Dolor de cabeza
* Dolor de garganta
* Congestión o secreción nasal
* Fatiga
* Náuseas y vómitos
* Diarrea
* Tos nueva o persistente
* Nueva pérdida del gusto u olfato
* Dificultad para respirar o falta de aire
 |

Para garantizar la salud y la seguridad de todos los niños y el personal, su hijo, independientemente de su estado de vacunación, no se le permitirá regresar a las instalaciones hasta que:

1. La prueba de COVID-19 inicial es negativa, y la persona cumple con los criterios normales de la escuela para volver después de una enfermedad **O**
2. Un médico ha evaluado al niño y documentado un diagnóstico alternativo **O**
3. Todo lo siguiente es cierto: (1) si pasaron al menos 10 días desde la aparición de los síntomas Y (2) no tuvo fiebre sin medicamentos antifebriles durante 1 DÍA Y (3) los síntomas están mejorando.

Si su hijo es diagnosticado con COVID-19, él/ella debe permanecer en casa hasta que todo lo siguiente sea cierto:

1. Han pasado al menos 10 días desde que aparecieron los primeros síntomas de mi hijo**Y**
2. Su hijo ha estado sin fiebre sin medicamentos contra la fiebre (ex: Tylenol, Ibuprofeno) durante 1 día **Y**
3. Los síntomas de su hijo están mejorando.

Si su hijo dio positivo para COVID-19, no necesita repetir la prueba de COVID ni una nota del médico para regresar al centro.

Atentamente,