**Sự đồng ý của Cha mẹ/Người giám hộ**

Để bảo vệ con cái và nhân viên của chúng tôi, tôi đồng ý giữ con tôi ở nhà nếu con có bất kỳ triệu chứng nào sau đây:

|  |
| --- |
| **Theo dõi BẤT KỲ triệu chứng nào sau đây:** |
| * Sốt * Ớn lạnh * Đau cơ hoặc đau nhức cơ thể * Đau đầu * Đau họng * Nghẹt mũi hoặc chảy nước mũi * Mệt mỏi * Buồn nôn/ói mửa * Tiêu chảy * Mới ho hoặc ho dai dẳng * Mới mất khứu giác vị giác * Khó thở |

Nếu con tôi có bất kỳ dấu hiệu nào sau đây của COVID-19, tôi sẽ không đưa con trở lại trường hoặc trại cho đến khi:

* + Con tôi có kết quả xét nghiệm âm tính với COVID, nếu không thì cũng đủ sức khỏe để quay lại trường hoặc trại **HOẶC**
  + Đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã gặp con tôi và ghi lại lý do của các triệu chứng không phải của bệnh COVID

**HOẶC**

* + Tất cả những điều sau đều đúng: 1) ít nhất 10 ngày kể từ khi bắt đầu có các triệu chứng VÀ 2) hết sốt do dùng thuốc hạ sốt trong 1 ngày VÀ 3) các triệu chứng đang thuyên giảm.

Nếu con tôi được chẩn đoán mắc COVID-19, tôi sẽ không đưa con trở lại trường hoặc trại cho đến khi đạt được những điều sau:

* + Đã ít nhất 10 ngày kể từ khi con tôi có các triệu chứng đầu tiên

**VÀ**

* + Con tôi chưa hết sốt khi dùng thuốc hạ sốt (ví dụ: Tylenol, Ibuprofen) trong 1 ngày

**VÀ**

* + Các triệu chứng của con tôi đang thuyên giảm.

Nếu ai đó trong gia đình tôi được chẩn đoán mắc COVID-19 hoặc con tôi phơi nhiễm với COVID-19, tôi sẽ giữ con ở nhà trong 10 ngày.

Nếu ai đó trong gia đình tôi có bất kỳ triệu chứng nào trong bảng ở trên, tôi sẽ đưa họ đi xét nghiệm COVID-19. Tôi sẽ không cho con tôi đến trường, ngay cả khi con tôi được lên lịch xét nghiệm tại trường vào ngày hôm đó. Hãy tìm địa điểm xét nghiệm gần nơi quý vị ở nhất tại đây: <https://www.phila.gov/testing>. Nếu người đó có kết quả xét nghiệm dương tính, tôi sẽ giữ con tôi ở nhà trong 10 ngày.

Tên của trẻ:

Tên cha mẹ/người giám hộ:

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ:

Ngày: