**Convenio del padre/tutor**

Para proteger a los niños y al personal, acepto dejar a mi hijo en casa si tiene los siguientes síntomas:

|  |
| --- |
| **Esté atento a cualquiera de los siguientes síntomas:** |
| * Fiebre
* Escalofríos
* Dolores musculares o corporales
* Dolor de cabeza
* Dolor de garganta
* Congestión o secreción nasal
* Fatiga
* Náuseas/ vómitos
* Diarrea
* Tos nueva o persistente
* Nueva pérdida del sentido del gusto u olfato
* Dificultad para respirar
 |

Si mi hijo presenta cualquiera de estos signos de COVID-19, no lo enviaré nuevamente al Centro de Acceso hasta que:

* + Mi hijo haya recibido un resultado negativo en la prueba de COVID y por lo demás esté lo suficientemente bien como para regresar a la escuela o campamento**O**
	+ Un proveedor de atención médica ha revisado a mi hijo y documentado una razón para los síntomas que presentan que no sea COVID

**O**

* + Todas las siguientes son verdaderas: 1) pasaron al menos 10 días desde la aparición de los síntomas Y 2) no tuvo fiebre sin tomar medicamentos antifebriles durante 1 día Y 3) los síntomas están mejorando.

Si a mi hijo le diagnostican COVID-19, no lo enviaré nuevamente a la escuela o campamento hasta que:

* + Hayan pasado al menos 10 días desde que aparecieron los síntomas de mi hijo

**Y**

* + Mi hijo no haya tenido fiebre sin tomar medicamentos antifebriles (por ejemplo: Tylenol, Ibuprofeno) durante 1 día

**Y**

* + Los síntomas de mi hijo están mejorando

Si a un miembro de mi hogar le diagnostican COVID-19 o mi hijo está expuesto al COVID-19, lo dejaré en casa durante 10 días.

Si alguien en mi hogar desarrolla algún síntoma de la tabla anterior, me haré la prueba de COVID-19. No enviaré a mi hijo a la escuela, incluso si está programado para hacerse la prueba en la escuela ese día. Puede encontrar el sitio de prueba más cercano aquí: <https://www.phila.gov/testing>. Si esa persona obtiene un resultado positivo, dejaré a mi hijo en casa durante 10 días.

Nombre del niño/de la niña:

Nombre del padre/tutor:

Firma del padre/tutor:

Fecha: