MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT HEALTH OFFICE
1000 W Boston Post Road
Mamaroneck, New York 10543

Estimado Padre/Tutor, Fecha: _____

Su hijo(a) _____ ha sido enviado hoy a casa con síntomas de Covid-19. Sin embargo, hay otras varias enfermedades que pueden causar estos síntomas. Se necesita una evaluación de su proveedor de servicios médicos para determinar la causa. Éste puede ser el proveedor de servicios médicos de su hijo(a) o uno en un centro de atención de urgencias

Vea a continuación las señales o los síntomas que su hijo(a) mostró el día de hoy (circulados).

- Una temperatura mayor o igual a 100.0° F (37.8° C)
- Se siente con fiebre o tiene escalofríos
- Tos
- Pérdida de gusto u olfato
- Fatiga/cansancio
- Dolor de garganta
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Náusea, vómito, diarrea
- Dolor muscular o corporal
- Dolor de cabeza
- Congestión/secreción nasal

El Distrito Escolar de Mamaroneck **debe seguir** los lineamientos más actualizados del NYSDOH y de los departamentos locales de salud para el regreso a la escuela. A continuación están las pautas adicionales para la salud y seguridad de nuestra comunidad escolar.

- Cualquier estudiante que se ha hecho la prueba de Covid-19 debe permanecer en casa hasta que los resultados sean recibidos y reportados a la escuela.
- Se recomienda que si un miembro del hogar tiene síntomas y se hace la prueba de Covid-19, mantenga a su estudiante en casa hasta que se reciban los resultados,
- Si alguien en su casa salió positivo en la prueba de Covid-19, TODOS los miembros de su hogar deben guardar cuarentena y la persona positiva debe ser aislada del resto de los miembros de la casa. Por favor consulte con su proveedor de servicios médicos y el Departamento de Salud para más detalles.
- Para los estudiantes que han sido confirmados positivos en la prueba de Covid-19, no se recomienda volver a hacer la prueba en los siguientes 90 días después de que empezaron los síntomas. Por lo tanto, no se requiere una prueba negativa para regresar a la escuela. Los estudiantes deben completar el período de aislamiento obligatorio de 10 días, no tener fiebre por 72 horas (sin medicamento) y presentar una mejora en los síntomas antes de regresar a la escuela.

Su proveedor de servicios médicos puede completar la "Documentación de autorización médica para regresar a la escuela" o una confirmación similar por escrito detallando la evaluación o una copia del resultado de la prueba.

Por favor tome nota que solo la prueba molecular RT-PCR será aceptada para que los niños con síntomas regresen a la escuela. La prueba de antígeno rápido será aceptable solo para resultados positivos. Una prueba negativa de antígeno rápido NO PUEDE descartar Covid-19 y debe de ser seguida por una prueba de RT-PCR.

La documentación debe ser recibida y revisada por la enfermera escolar ANTES de que su hijo(a) entre al edificio o se monte al autobús.

Gracias,

Maureen Crean RN 914-220-3112
Mcrean@mamkschools.org

Dina Murphy RN 914-220-3111
Dmurphy@mamkschools.org

OFICINA DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK
1000 W Boston Post Road
Mamaroneck, New York 10543

DOCUMENTACIÓN DE AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA REGRESAR A LA ESCUELA (Completada por el proveedor de servicios médicos)

Nombre del estudiante:_____ **Fecha de nacimiento:**_____**GRADO:**_____ **FECHA**:_____

Fecha mandado(a) de regreso a casa de la escuela o primer día ausente de la escuela: _____

Fecha en que los síntomas aparecieron por primera vez: _____

Por favor tome nota que solo la prueba molecular RT-PCR será aceptada para que los niños con síntomas regresen a la escuela. La prueba de antígeno rápido será aceptable solo para resultados positivos. Una prueba negativa de antígeno rápido NO PUEDE descartar Covid-19 y debe de ser seguida por una prueba de RT-PCR. Seleccione una opción a continuación de acuerdo a las pautas del NYSDOH.

Prueba molecular RT-PCR de Covid - 19: _____

Fecha de la prueba:___/____/_____ ◯ No se hizo ◯ Positiva ◯ Negativa ◯ Pendiente

Prueba de antígeno rápido de Covid - 19: _____

Fecha de la prueba:___/____/_____ ◯ Positiva ◯ Negativa

_____Se encontró que el estudiante tiene síntomas consistentes con Covid -19. NO se hizo la prueba de Covid-19, el estudiante debe permanecer en casa hasta 72 horas después de que la fiebre haya pasado y los síntomas hayan mejorado, con un MÍNIMO de 10 días desde que empezaron los síntomas.

_____El estudiante tiene una prueba NEGATIVA de Covid -19 y debe permanecer en casa hasta 24 horas después de que la fiebre haya pasado y los síntomas hayan mejorado.

_____El estudiante tiene una prueba POSITIVA de Covid-19 y debe permanecer en casa hasta 72 horas después de que la fiebre haya pasado y los síntomas hayan mejorado, con un MÍNIMO de 10 días desde que empezaron los síntomas.

_____El estudiante es asintomático pero tiene una prueba POSITIVA de Covid-19 y debe permanecer en casa por 10 días a partir de la fecha de la prueba. Si desarrolla síntomas, el estudiante ENTONCES debe permanecer en hasta 72 horas después de que la fiebre haya pasado y los síntomas hayan mejorado, con un MÍNIMO de 10 días desde que empezaron los síntomas.

_____El estudiante tiene una exposición conocida a un "contacto cercano" pues fue expuesto a alguien con COVID-19 (quien estuvo a 6 pies de distancia por un período cumulativo de 10 minutos o más) y debe guardar cuarentena por 10 días desde la fecha de la última exposición, sin importar el resultado de la prueba.

_____El estudiante tiene un diagnóstico de una condición crónica conocida con síntomas sin cambio. El diagnóstico debe ser acompañado por documentación detallada del proveedor de servicios médicos, la cual será revisada por el equipo médico del Distrito.

Nombre del proveedor de servicios médicos:_____ **SELLO**

Firma del proveedor de servicios médicos: _____