



## Control de Salud Diario

Querido padre/tutor:

Se requiere que los padres y cuidadores lleven a cabo un control de salud diario con sus hijos en casa antes de que asistan a la escuela. La siguiente información de la Oficial de Salud Provincial describe el proceso diario de control de salud. Por favor revise la información y firme y regrese esta hoja a la escuela con su hijo/a como reconocimiento de que comprende esta expectativa diaria. Esta información también está disponible en nuestro sitio web para que pueda usarla como referencia en casa.

Padres y cuidadores, por favor tomen el tiempo para revisar lo siguiente con su hijo/a antes de venir a la escuela.

**1. Síntomas de enfermedad:** ¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes síntomas?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> fiebre                             | <input type="checkbox"/> pérdida del sentido del olfato o gusto | <input type="checkbox"/> dolores musculares  |
| <input type="checkbox"/> escalofríos                        | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza                        | <input type="checkbox"/> conjuntivitis   |
| <input type="checkbox"/> tos o empeoramiento de tos crónica | <input type="checkbox"/> fatiga                                 | <input type="checkbox"/> mareos, confusión   |
| <input type="checkbox"/> dificultad para respirar           | <input type="checkbox"/> diarrea                                | <input type="checkbox"/> dolor abdominal   |
| <input type="checkbox"/> dolor de garganta                  | <input type="checkbox"/> pérdida de apetito                     | <input type="checkbox"/> erupciones cutáneas o decoloración en los dedos de las manos o pies |
| <input type="checkbox"/> moqueo/congestión nasal            | <input type="checkbox"/> náuseas y vómitos                      |  |

**2. Viajes internacionales:** ¿Ha regresado usted o alguien de su hogar de un viaje fuera de Canadá en los últimos 14 días?

**3. Contacto confirmado:** ¿Es usted o es alguien en su hogar un contacto confirmado de una persona sobre la que se ha confirmado que tiene COVID-19?

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas y los síntomas no están relacionados con una condición preexistente (por ejemplo, alergias), su hijo/a **NO** debe asistir a la escuela.

Si su hijo/a tiene algún síntoma de enfermedad, comuníquese con un proveedor de atención médica para una evaluación adicional. Esto incluye llamar al 811 o a un proveedor de atención primaria, como un médico o una enfermera especializada.

Después de evaluar a su hijo/a, si respondió "Sí" a las preguntas 2 o 3, utilice la [Autoevaluación de COVID-19 Herramienta](https://www.thrive.health/bc-self-assessment-tool) (<https://www.thrive.health/bc-self-assessment-tool>) para determinar si debe hacerse la prueba de COVID-19.

Si un estudiante presenta síntomas mientras está en la escuela se contactará a su familia, se le proporcionará una mascarilla y se lo trasladará a un lugar seguro para esperar a que lo recojan.

---

(Por favor corte por aquí y pida a su hijo/a que regrese esta información a la escuela).

He leído los requisitos de Verificación de Salud Diaria que aparecen a continuación. Si mi hijo/a presenta alguno de los síntomas anteriores, no lo enviaré a la escuela y haré un seguimiento con un proveedor de atención médica adecuado o llamaré al 811 para obtener más orientación.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_

Maestro/a de aula/grupo de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Firma del padre o madre: \_\_\_\_\_