

Yo _____ el padre / guardian de _____ seguirá los requisitos de HCPS para la asistencia en persona a cualquier actividad de HCPS.

- Mi hijo siempre usará una máscara o tela para cubrirse la cara, practicará el lavado de manos y mantendrá distancia social cuando participe en una Actividad de HCPS, según las pautas del Departamento de Educación del Estado de Maryland / Departamento de Salud de Maryland.
- Solo enviaré a mi estudiante a una Actividad HCPS si no exhiben ningún signo / síntoma de COVID-19 o si no ha estado expuesto a alguien con COVID-19 (o se presume que tienen COVID-19) en los últimos 14 días.
- Revisaré los síntomas con mi estudiante y controlaré la temperatura de mi estudiante todos los días que mi estudiante asista a cualquier actividad de HCPS en persona.
- Si mi estudiante se enferma durante la Actividad HCPS, me aseguraré de que lo recojan de la escuela con prontitud (los estudiantes que están enfermos no pueden ser transportados a casa a través de los autobuses HCPS). Haré un seguimiento con un proveedor de atención médica autorizado / departamento de salud y cumpliré con la cuarentena o el aislamiento recomendados según lo indicado. Si mi estudiante está enfermo, entiendo que se requerirá una autorización para regresar a la actividad en persona de un proveedor de atención médica autorizado.
- Los estudiantes deben estar libres de fiebre sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre durante el período de tiempo indicado por las pautas actuales del Departamento de Salud de Maryland. Consulte a su proveedor de atención médica o al Departamento de Salud del Condado de Harford si tiene preguntas específicas sobre COVID 19.
- Soy consciente de que al participar en la Actividad HCPS existe el riesgo de exponerse a COVID-19. También soy consciente de que dicha exposición puede ocurrir directa o indirectamente, ya sea que se use o no una máscara o una cubierta de tela y, a pesar de los esfuerzos razonables de HCPS para mitigar la exposición.
- He considerado el riesgo de salud personal de mi hijo y mi familia en la decisión de asistir a la Actividad HCPS. He evaluado y revisado de forma independiente los riesgos de estar expuesto o infectado por COVID-19 y he decidido permitir que mi estudiante participe en una actividad de HCPS con pleno conocimiento y aceptando el conocimiento de los riesgos anteriores.
- Notificaré a la escuela tan pronto como sepa que mi estudiante ha dado positivo por el virus que causa COVID-19 o que ha estado expuesto a una persona que confirma que tenga COVID-19.

Signos y síntomas de COVID-19:

- | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------|
| • Fiebre (100 ° F o más) o escalofríos | • Fatiga | • Dolor de garganta |
| • Tos | • Dolores musculares o corporales. | • Congestión o secreción nasal. |
| • Falta de aliento o dificultad para respirar. | • Dolor de cabeza | • Náuseas o vómitos. |
| | • Pérdida nueva de sabor u olfato. | • Diarrea |

Si necesita un seguro de salud para su hijo, visite: <https://www.marylandhealthconnection.gov/> o llame al 1-855-642-8572. Puede comunicarse con el departamento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud del Condado de Harford al: 410-612-1774.

Acuerdo de los padres Carta de cumplimiento de las pautas COVID-19

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Firma del padre / guardian: _____ Fecha: _____
Nombre impreso del padre / guardian: _____
Número de teléfono: _____