



OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA
DECISIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA REGRESAR
A LA ESCUELA

Nombre del alumno/a: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha: _____

- | | | | |
|---|---------------------|-------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Primaria Alturas | Attn: Linda Lubeck | T: 578-5170 | F: 578-5190 |
| <input type="checkbox"/> Primaria Bellevue | Attn: Kali Jolley | T: 578-5080 | F: 578-5180 |
| <input type="checkbox"/> Primaria/Sec. Carey | Attn: Kali Jolley | T: 578-5040 | F: 578-5141 |
| <input type="checkbox"/> Ernest Hemingway | Attn: Kali Jolley | T: 578-5050 | F: 578-5150 |
| <input type="checkbox"/> Primaria Hailey | Attn: Linda Lubeck | T: 578-5170 | F: 578-5170 |
| <input type="checkbox"/> Esc. Secundaria WR | Attn: Kathie Gouley | T: 578-5038 | F: 578-5130 |
| <input type="checkbox"/> Esc. Intermedia WR | Attn: Kathie Gouley | T: 578-5038 | F: 578-5130 |
| <input type="checkbox"/> Esc. Sec. Silver Creek | Attn: Linda Lubeck | T: 578-5170 | F: 578-5160 |

Para que la complete un proveedor de atención médica o su representante, y se envíe por fax a la escuela que corresponda mencionada anteriormente.

Nuestra oficina de salud escolar ha hablado con el padre o tutor del estudiante antes mencionado. Por favor indique su recomendación para el seguimiento del estudiante y su regreso a la escuela.

- SÍ** recomendamos que el estudiante se someta a la prueba de COVID-19 en este momento.
- NO** recomendamos que el estudiante se someta a la prueba de COVID-19 en este momento.
- COVID-19 (solamente la prueba-sin atención del proveedor de atención médica)
 - (Resultado positivo de la prueba)
 - (Resultado negativo de la prueba)

Recomendación para el regreso a la escuela:

- Permanecer en casa hasta que los síntomas mejoren y él/ella no tenga fiebre sin tener que tomar medicamentos durante 24 horas Y pasen 10 días desde el inicio de los síntomas.
- Someterse a la prueba. Permanecer en casa hasta que se determinen los resultados de la prueba. Si es positivo, siga los criterios del Distrito de Salud Pública Sur-Central. Si es negativo, permanecer en casa hasta que los síntomas mejoren y él o ella no tenga fiebre sin tener que tomar medicamentos durante 24 horas.
- Otro: _____

- Por favor consulte el formulario adjunto si nuestras instalaciones tienen su propia documentación.

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Exposición = < 6 pies por ≥ 15 minutos.

Revised 09/24/2020