



ACCESS | INSPIRE | ACHIEVE

2 de septiembre de 2021

Estimado padre / cuidador:

La guía COVID-19 del estado de Nueva York continúa cambiando.

Una vez más, necesitaremos que las hojas de Evaluación de Salud Diaria del Estudiante se presenten diariamente. Asegúrese de enviar una hoja de evaluación firmada a la escuela con su (s) hijo/a (s) todos los días para evitar retrasos en el inicio del día escolar. Hemos incluido algunas copias adicionales de las hojas de Cuestionario con esta carta. Esta hoja también se puede encontrar en el sitio web de SMSD. **Asegúrese de que tengamos un número de teléfono actualizado** en el archivo en caso de que tengamos que comunicarnos con usted debido a la falta de formularios o una emergencia.

TENGA EN CUENTA: En este momento, las pruebas de COVID-19 son opcionales para los estudiantes, pero esto puede cambiar en cualquier momento. Debemos tener un formulario de consentimiento de prueba archivado para cada estudiante. Si aún no ha completado y devuelto la hoja de consentimiento de prueba para su (s) hijo/a (s), hay una copia adicional adjuntada.

Nuevamente, según las reglas actuales del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH), las pruebas de COVID-19 son opcionales para las familias. No es necesario que le hagan la prueba a su hijo/a, pero St. Mary's debe ofrecerle esa opción.

Si desea que su (s) hijo/a (s) se someta a la prueba de COVID-19 semanalmente por personal certificado para hacerlo en la Escuela para Sordos de St. Mary, por favor llame a nuestras Secretarías de Departamento para informarnos (Mary Reddington en Primaria 716.834.7200 Ext.117 y Amy Pettapiece en Secundaria 716.834.7200 Ext.144). Los resultados de las pruebas solo se compartirán si son positivos.

Tenga en cuenta que siempre daremos prioridad a la seguridad de los estudiantes. Agradezco su paciencia y flexibilidad.

Atentamente,

Timothy M. Kelly,
Superintendente de Escuela



CUESTIONARIO DE REVISIÓN DE SALUD DIARIO PARA EL ESTUDIANTE

La salud y seguridad de nuestros estudiantes son nuestra principal preocupación. Todos los padres/guardianes son requeridos asegurar que su hijo/a (hijos) no están experimentando cualquier signo y síntoma de COVID-19 y no tienen fiebre de 100.0 grados o más antes de asistir a la escuela en persona. El Estudiante solo puede asistir a la escuela en persona si las siguientes declaraciones son verdaderas:

1. Revise la temperature del estudiante nombrado a continuación, y esa temperature del estudiante es menos de 100.0° F.
2. Tampoco el estudiante, ni nadie que resida en mi casa, actualmente tiene o a tenido ALGUNA de los siguientes síntomas de COVID-19 dentro de los últimos 10 días:

Fiebre de 100.0° F o más	Dolores de músculos o cuerpo
Tos	Dolor de garganta
Falta de aire o dificultad para respirar	Nueva pérdida de gusto u olfato
Escalofrios	Síntomas Gastrointestinal (náusea, vomitando diarreha)
Dolor de cabeza	Congestión o rinorrea

***Nota:** Síntomas atribuidas por un enfermedad crónica attributed como el asma y alergias o condiciones crónica gastrointestinal pueden presentar los mismos síntomas como COVID-19 pero no son contagiosas ni representar na amenaza para la salud publica y no son considerados síntomas de COVID-19.

3. El estudiante no ha probado positivo por COVID-19 dentro de los últimos 10 días.
4. El estudiante no ha tenido contacto cercano dentro de los últimos 10 días con cualquier individuo que es un caso confirmado o sospechado COVID-19.

Por al presente certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas. (Si tu no puedes certificar estas declaraciones puede que no trabajes.) Yo tambien afirmo que entiendo que tengo que notificar la/el enfermera/o si desarrollo síntomas o si mis respuestas al cuestionario de revisión cambian.

Nombre del Estudiante

Nombre del Padre/Guardian

Firma del Padre/Guardian

Date

Indíquenos su número de teléfono de contacto actual: _____

Si no puedes certificar estas declaraciones, el estudiant no puede asistir a la escuela en persona y deberías contactar la/el enfermera/o para orientación adicional (716) 834-7200 Ext. 129 o infirmarary@smsdk12.org.



CUESTIONARIO DE REVISIÓN DE SALUD DIARIO PARA EL ESTUDIANTE

La salud y seguridad de nuestros estudiantes son nuestra principal preocupación. Todos los padres/guardianes son requeridos asegurar que su hijo/a (hijos) no están experimentando cualquier signo y síntoma de COVID-19 y no tienen fiebre de 100.0 grados o más antes de asistir a la escuela en persona. El Estudiante solo puede asistir a la escuela en persona si las siguientes declaraciones son verdaderas:

1. Revise la temperatura del estudiante nombrado a continuación, y esa temperatura del estudiante es menos de 100.0° F.
2. Tampoco el estudiante, ni nadie que resida en mi casa, actualmente tiene o a tenido ALGUNA de los siguientes síntomas de COVID-19 dentro de los últimos 10 días:

Fiebre de 100.0° F o más	Dolores de músculos o cuerpo
Tos	Dolor de garganta
Falta de aire o dificultad para respirar	Nueva pérdida de gusto u olfato
Escalofríos	Síntomas Gastrointestinal (náusea, vomitando diarrea)
Dolor de cabeza	Congestión o rinorrea

***Nota:** Síntomas atribuidas por un enfermedad crónica attributed como el asma y alergias o condiciones crónica gastrointestinal pueden presentar los mismos síntomas como COVID-19 pero no son contagiosas ni representar una amenaza para la salud pública y no son considerados síntomas de COVID-19.

3. El estudiante no ha probado positivo por COVID-19 dentro de los últimos 10 días.
4. El estudiante no ha tenido contacto cercano dentro de los últimos 10 días con cualquier individuo que es un caso confirmado o sospechado COVID-19.

Por el presente certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas. (Si tu no puedes certificar estas declaraciones puede que no trabajes.) Yo también afirmo que entiendo que tengo que notificar la/el enfermera/o si desarrollo síntomas o si mis respuestas al cuestionario de revisión cambian.

Nombre del Estudiante

Nombre del Padre/Guardian

Firma del Padre/Guardian

Date

Indíquenos su número de teléfono de contacto actual: _____

Si no puedes certificar estas declaraciones, el estudiante no puede asistir a la escuela en persona y deberías contactar la/el enfermera/o para orientación adicional (716) 834-7200 Ext. 129 o infirmery@smsdk12.org.



CUESTIONARIO DE REVISIÓN DE SALUD DIARIO PARA EL ESTUDIANTE

La salud y seguridad de nuestros estudiantes son nuestra principal preocupación. Todos los padres/guardianes son requeridos asegurar que su hijo/a (hijos) no están experimentando cualquier signo y síntoma de COVID-19 y no tienen fiebre de 100.0 grados o más antes de asistir a la escuela en persona. El Estudiante solo puede asistir a la escuela en persona si las siguientes declaraciones son verdaderas:

1. Revise la temperature del estudiante nombrado a continuación, y esa temperature del estudiante es menos de 100.0° F.
2. Tampoco el estudiante, ni nadie que resida en mi casa, actualmente tiene o a tenido ALGUNA de los siguientes síntomas de COVID-19 dentro de los ultimos 10 días:

Fiebre de 100.0° F o más	Dolores de músculos o cuerpo
Tos	Dolor de garganta
Falta de aire o dificultad para respirar	Nueva pérdida de gusto u olfato
Escalofrios	Síntomas Gastrointestinal (náusea, vomitando diarreha)
Dolor de cabeza	Congestión o rinorrea

**Nota:* Síntomas atribuidas por un enfermedad crónica attributed como el asma y alergias o condiciones crónica gastrointestinal pueden presentar los mismos síntomas como COVID-19 pero no son contagiosas ni representar na amenaza para la salud publica y no son considerados síntomas de COVID-19.

3. El estudiante no ha probado positivo por COVID-19 dentro de los ultimos 10 días.
4. El estudiante no ha tenido contacto cercano dentro de los ultimos 10 días con cualquier individuo que es un caso confirmado o sospechado COVID-19.

Por al presente certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas. (Si tu no puedes certificar estas declaraciones puede que no trabajes.) Yo tambien afirmo que entiendo que tengo que notificar la/el enfermera/o si desarrollo síntomas o si mis respuestas al cuestionario de revisión cambian.

Nombre del Estudiante

Nombre del Padre/Guardian

Firma del Padre/Guardian

Date

Indíquenos su número de teléfono de contacto actual: _____

Si no puedes certificar estas declaraciones, el estudiant no puede asistir a la escuela en persona y deberías contactar la/el enfermera/o para orientación adicional (716) 834-7200 Ext. 129 o infirmaty@smsdk12.org.



Consentimiento de Prueba de COVID-19: Estudiantes

St. Mary's School for the Deaf (SMSD) está solicitando su consentimiento para realizar pruebas de detección del virus COVID-19. Estamos trabajando en colaboración con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para evaluar a los estudiantes, maestros, y miembros del personal para detectar la infección por COVID-19. Solo trabajaremos con aquellas familias que estén dispuestas a dar su consentimiento. U

na vez que das tu consentimiento, puede recindir este consentimiento enviando esta solicitud por escrito. *No hay consecuencias para cualquier estudiante/familia que decida no participar.*

Información de Padre/Guardian	
Por favor, proporcione la información de contacto mas actualizada del padre(s) o guardian(es) que dan su concentimiento y recibirán los resultados.	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono Celular::	

Niños en la familia			
Por favor, complete a continuación para hasta cuatro niños /miembros de la familia. El padre está dando consentimiento para todos los niños presentados a continuación.			
Nombre del niño/a #1:		Grado del Niño #1:	
Nombre del niño/a #2:		Grado del Niño #2:	
Nombre del niño/a #3:		Grado del Niño #3:	
Nombre del niño/a #4:		Grado del Niño #4:	

Consentimiento Paterno
NOTIFICATION OF INFORMATION SHARING
La ley permite que se comparta información sobre su hijo/a con y entre las agencias del condado de Erie y del Estado de Nueva York y sus proveedores contratados, incluidos los que se enumeran a continuación. Esta información solo se compartirá con fines de salud pública, que puede incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo/a si han estado expuestos a COVID-19 y tomar otras medidas para prevenir una mayor propogación del COVID-19 en su comunidad escolar.
Información sobre su hijo/a que podria ser compartida con estas agencias de salud pública incluye el nombre de su hijo/a y los resultados de las pruebas de COVID-19, y fecha de nacimiento/edad. El intercambio de información sobre su hijo/a se hará de acuerdo con la ley aplicable y las políticas de St. Mary's School of the Deaf que protegen la privacidad de los datos de su hijo/a.
CONSENT
<ul style="list-style-type: none"> • He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño mencionado anteriormente. • Doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba de la infección por COVID-19. • Entiendo que mi hijo puede ser evaluado en varias ocasiones durante el año escolar y que las pruebas pueden ocurrir en los días programados por St. Mary's School for the Deaf para cumplir con los requisitos de evaluación de la estrategia de micro-clúster del estado de Nueva York. • Entiendo que este formulario de consentimiento será válido, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo que revoco mi consentimiento. • Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información pueden divulgarse según lo permita la ley a las agencias de salud pública mencionadas anteriormente. • Entiendo que si soy un estudiante mayor de 18 años o puedo dar mi consentimiento legal para mi propia atención médica, las referencias a "mi hijo" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

Reconozco y doy mi consentimiento como se describe arriba.

Firma:	Fecha:
--------	--------