

Herramienta de detección de síntomas de COVID-19 para el cuidado infantil

Nombre: _____ Fecha: _____ Temperatura: _____

SÍNTOMAS *Este formulario puede completarlo un padre en casa

¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS TRES DÍAS?	SÍ	NO
TOS		
FALTA DE ALIENTO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
FIEBRE O ESCALOFRÍOS		
DOLORES MUSCULARES O CORPORALES		
DOLOR DE GARGANTA		
DOLOR DE CABEZA		
NÁUSEAS O VÓMITOS		
DIARREA		
SECRECIÓN NASAL O CONGESTIÓN NASAL		
FATIGA		
PÉRDIDA RECIENTE DEL GUSTO U OLFATO		

NO INGRESE AL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL SI:

Su niño tiene **UNO** o más de los síntomas anteriores y no puede explicar los síntomas como otra enfermedad que ha sido documentada por un proveedor de atención médica, ya sea que esté vacunado o no.

- Si tiene uno o más de los síntomas de COVID-19, aíslese en su casa, llame a su proveedor de atención médica y hágase una prueba de COVID-19.

Su niño ha tenido contacto estrecho con alguna persona con COVID-19 o con síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días.

- Las personas no vacunadas deben seguir las recomendaciones de pruebas y cuarentena publicadas en covid.rhodeisland.gov/whattodo
- Las personas vacunadas deben realizarse la prueba 3 a 5 días después de la exposición, incluso si no tienen síntomas.

PUEDE INGRESAR AL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL SI:

Su niño no tiene síntomas y no ha tenido contacto estrecho con alguna persona con COVID-19 o con síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días.

El Departamento de Salud de Rhode Island o un proveedor de atención médica le han indicado que se ponga en cuarentena o se aísle en los últimos 14 días y su período de cuarentena o aislamiento ha finalizado.

- Obtenga más información sobre la cuarentena y el aislamiento en covid.rhodeisland.gov/whattodo
- Obtenga más información sobre las pruebas en covid.rhodeisland.gov/testing

9/23/2021