

INFECTION CONTROL IN SCHOOL
PARENTAL ACKNOWLEDGMENT AND DISCLOSURE



Student name: _____

DOB: _____

Grade: _____ School: _____

Each statement below should be read, initialed, the form signed by child's parent/guardian, and returned to school. (1 form per child)

_____ 1. I understand that in order to attend school, my child must be free from possible infectious illness.

a. Some symptoms or illness for which my child must stay home are indicated below, but not all inclusive (COVID-19 listed separately):

- **Fever:** temperature greater than or equal to 100°F
- **Pinkeye:** eye redness, itching, irritation, swelling in one or both eyes; matted eyelashes, thick purulent discharge
- **Cough:** frequent, uncontrollable, disruptive
- **Diarrhea or vomiting:** occurs within 24 hours of school start time
- **Undiagnosed rash or skin infection:** accompanied by a fever; rash or signs of skin infection that have not been seen by a doctor
- **Sore throat:** with swollen lymph nodes, pus pockets in throat, headache, nausea, and/or fever; positive strep test
- **Communicable illnesses** such as influenza (flu), chickenpox, measles, mumps, and other

_____ 2. If, during the day, any of the following symptoms appear, my child will be separated from the rest of the class and moved to a supervised, secure area. I will be contacted and my child MUST be picked up within 1 hour of being notified.

_____ 3. I understand that as the parent/guardian, I will need to conduct a daily screening of my child for symptoms of illness and take my child's temperature (if symptoms are similar to COVID-19; see Side 2) before my child leaves the house or arrives at school.

_____ 4. I understand that my child should not be sent to school if they have had fever and have been given fever reducing medication within 24 hours of beginning the school day (includes during the night and in the morning) because the fever will return 4-6 hours after the fever reducer wears off.

_____ 5. I understand that over the course of the school day, my child's temperature may be taken.

_____ 6. I understand that my child will have opportunities to wash or sanitize their hands throughout the day using CDC-recommended hand washing procedures.

_____ 7. I will notify the campus nurse if my child is ill so that a *Return to School After Illness Plan* can be developed according to school district, county, and state infectious illness guidelines.

**CONFIRMED OR SUSPECTED COVID-19 IN SCHOOL
PARENTAL ACKNOWLEDGMENT AND DISCLOSURE**



(Items #2 – 7 from Side 1 are still applicable for COVID-19 section below)

_____ 8. I understand that in order to attend school, my child must be free from COVID-19 symptoms.

a. Symptoms include:

<ul style="list-style-type: none">• Feeling feverish or a measured temperature greater than or equal to 100°F• Loss of taste or smell• Cough• Difficulty breathing• Shortness of breath• Fatigue• Headache	<ul style="list-style-type: none">• Sore throat• Congestion or runny nose• Muscle or body aches• Nausea or vomiting• Diarrhea• Chills• Shaking or exaggerated shivering• Any other symptoms of illness, whether or not you believe is related to COVID-19
--	--

b. While the District understands that many of these symptoms can also be due to non-COVID-19 related issues, we must proceed **out of an abundance of caution** during this public health emergency for the safety and well-being of all students, staff, and their families.

c. COVID-19 symptoms typically appear 2 to 7 days after being infected but may appear up to 14 days later.

_____ 9. I understand that my child will be sent home if my child has any of these symptoms that are **not related to an already diagnosed condition or illness** while at school. I agree that I will pick up my child within 1 hour from being notified by the school that my child is being sent home.

_____ 10. I understand that this low threshold for keeping kids at home may mean that my child may be away from school more often than in the past, and I will plan for such contingencies.

_____ 11. I understand that the District requires mask wearing as one of the layers of protection for my child who may be around unvaccinated or vaccinated COVID-19 individuals in the classroom, in group settings or extracurricular activities.

_____ 12. I understand that the District's COVID-19 isolation/quarantine guidelines may vary for unvaccinated and vaccinated COVID-19 individuals. The District, county, state, and federal agencies encourage and promote COVID-19 vaccines for those who can be vaccinated to prevent the spread and/or severity of the illness.

_____ 13. The District will continue to follow county, state, and federal guidelines. The Hidalgo County Health Department and Texas Education Agency will be notified if any employee or student contracts COVID-19.

_____ 14. I understand that the members of my family play a crucial role in keeping everyone at school safe and reducing the risk of exposure by following practices outlined herein.

PARENT/GUARDIAN
SIGNATURE REQUIRED



- _____ 15. I will immediately notify the campus nurse:
- if I become aware that my child tests positive or is diagnosed with COVID-19 OR
 - if my child experiences symptoms (not normal to them or related to a medical condition) of COVID-19 OR
 - if my child has had close contact with any individual who has been diagnosed with COVID-19 outside of or inside the home OR
 - if my child or someone in the home is waiting for COVID-19 test results.

The campus nurse will provide guidance regarding the District's COVID-19 guidelines to return my child to school as soon as medically possible.

I certify that I have read, understand and agree to comply with the provisions listed in this document.

Parent/guardian signature: _____ Date: _____

Print parent/guardian name: _____

**CONTROL DE INFECCIONES EN LA ESCUELA
RECONOCIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE LOS PADRES**



Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Año escolar: _____ Escuela: _____

Cada declaración a continuación debe leerse, ponerse iniciales, y firmar el formulario por el padre / tutor del niño y devolverse a la escuela. (1 formulario por niño)

____ 1. Entiendo que para poder asistir a la escuela, mi hijo debe estar libre de una posible enfermedad infecciosa.

b. Algunos síntomas o enfermedades por los que mi hijo debe quedarse en casa se indican a continuación, no todo incluido (COVID-19 se enumera por separado):

- **Fiebre:** temperatura mayor o igual a 100°F
- **Conjuntivitis:** enrojecimiento de los ojos, picazón, irritación, hinchazón en uno o ambos ojos; pestañas enmarañadas, secreción purulenta espesa
- **Tos:** frecuente, incontrolable, disruptiva
- **Diarrea o vómitos:** ocurren dentro de las 24 horas previas a la hora de inicio de clases.
- **Erupción cutánea o infección cutánea no diagnosticada:** acompañada de fiebre; erupción o signos de infección de la piel que no han sido vistos por un médico
- **Dolor de garganta:** con ganglios linfáticos inflamados, bolsas de pus en la garganta, dolor de cabeza, náuseas y / o fiebre; prueba de estreptococos positiva
- **Enfermedades transmisibles** como influenza (gripe), varicela, sarampión, paperas y otras

____ 2. Si, durante el día, aparece alguno de los siguientes síntomas, mi hijo será separado del resto de la clase y trasladado a un área segura y supervisada. Seré contactado y mi hijo DEBE ser recogido dentro de 1 hora de haber sido notificado.

____ 3. Entiendo que, como padre / tutor, tendré que realizar un examen diario de mi hijo para detectar síntomas de enfermedad y tomar la temperatura de mi hijo (si los síntomas son similares a los de COVID-19; consulte el lado 2) antes de que se vaya de la casa o llega a la escuela.

____ 4. Entiendo que no se debe enviar a mi hijo a la escuela si ha tenido fiebre y se le ha administrado medicamentos para reducir la fiebre dentro de las 24 horas posteriores al comienzo del día escolar (incluye durante la noche y la mañana) porque la fiebre volverá 4 -6 horas después de que desaparezca el efecto del antifebril.

____ 5. Entiendo que durante el transcurso del día escolar, se puede tomar la temperatura de mi hijo.

_____ 6. Entiendo que mi hijo tendrá la oportunidad de lavarse o desinfectarse las manos durante el día utilizando los procedimientos de lavado de manos recomendados por los CDC.

_____ 7. **Notificaré a la enfermera de la escuela si mi hijo está enfermo para que se pueda desarrollar un *Plan de Regreso a la Escuela* después de una enfermedad de acuerdo con las pautas de enfermedades infecciosas del distrito escolar, del condado y del estado.**

COVID-19 CONFIRMADO O SOSPECHADO EN LA ESCUELA RECONOCIMIENTO PARENTAL Y DIVULGACIÓN

(Los elementos # 2 - 7 del Lado 1 todavía son aplicables para la sección COVID-19 a continuación)

_____ 8. Entiendo que para poder asistir a la escuela, mi hijo debe estar libre de síntomas de COVID-19.

d. Los síntomas incluyen:

- Sensación de fiebre o una temperatura medida mayor o igual a 100°F
- Pérdida del gusto o el olfato
- Tos
- Dificultad para respirar
- Falta de respiración
- Fatiga
- Dolor de cabeza

- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Dolores musculares o corporales
- Náuseas o vómitos
- Diarrea
- Escalofríos
- Temblores o escalofríos exagerados
- Cualquier otro síntoma de enfermedad, ya sea que crea o no que esté relacionado con COVID-19

e. Si bien el Distrito comprende que muchos de estos síntomas también pueden deberse a problemas no relacionados con COVID-19, debemos proceder **con mucha precaución** durante esta emergencia de salud pública por la seguridad y el bienestar de todos los estudiantes, el personal y sus familias.

f. Los síntomas de COVID-19 suelen aparecer de 2 a 7 días después de la infección, pero pueden aparecer hasta 14 días después.

_____ 9. Entiendo que enviarán a mi hijo a casa si mi hijo tiene alguno de estos ***síntomas que no están relacionados con una condición o enfermedad ya diagnosticada*** mientras estaba en la escuela. Estoy de acuerdo que recogeré a mi hijo dentro de 1 hora después de que la escuela me notifique que mi hijo será enviado a casa.

_____ 10. Entiendo que este paso para mantener a los niños en casa puede significar que mi hijo puede estar fuera de la escuela con más frecuencia que en el pasado, y planearé para tales contingencias.

_____ 11. Entiendo que el Distrito requiere el uso de tapabocas como una de las capas de protección para mi hijo que puede estar cerca de individuos COVID-19 no vacunados o vacunados en el aula, en entornos grupales o actividades extracurriculares.



_____ 12. Entiendo que las pautas de aislamiento / cuarentena de COVID-19 del Distrito pueden variar para las personas vacunadas y no vacunadas contra COVID-19. Las agencias del distrito, del condado, estatales y federales alientan y promueven las vacunas COVID-19 para quienes pueden vacunarse para prevenir la propagación y / o la gravedad de la enfermedad.

_____ 13. El Distrito continuará siguiendo las pautas federales, estatales y del condado. El Departamento de Salud del Condado de Hidalgo y la Agencia de Educación de Texas serán notificados si algún empleado o estudiante contrata COVID-19.

_____ 14. Entiendo que los miembros de mi familia juegan un papel crucial en mantener a todos en la escuela seguros y reducir el riesgo de exposición siguiendo las prácticas descritas en este documento.

_____ 15. **Notificaré inmediatamente a la enfermera del campus:**

- **si me doy cuenta de que mi hijo da positivo en la prueba o se le diagnostica COVID-19 O**
- **si mi hijo experimenta síntomas (no normales para él o relacionados con una condición médica) de COVID-19 O**
- **si mi hijo ha tenido contacto cercano con alguna persona a la que se le haya diagnosticado COVID-19 fuera o dentro de la casa**
- **si mi hijo o alguien en el hogar está esperando los resultados de la prueba COVID-19.**

La enfermera del campus brindará orientación sobre las pautas de COVID-19 del Distrito para que mi hijo regrese a la escuela tan pronto como sea médicamente posible.

Certifico que he leído, comprendido y acepto cumplir con las disposiciones enumeradas en este documento.

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____

Imprimir el nombre del padre / tutor: _____