

Mẫu cam kết sàng lọc sức khỏe của phụ huynh/người giám hộ

Để bảo vệ nhân viên và con cái của chúng tôi, tôi cam kết hoàn thành việc kiểm tra sức khỏe hàng ngày của con tôi bằng cách sử dụng Câu hỏi Kiểm tra Sức khỏe COVID-19 và không đưa con tôi đến trường khi cháu bị ốm hoặc cảm thấy không khỏe với các triệu chứng liên quan với COVID-19. Cam kết này sẽ áp dụng cho tất cả trẻ trong độ tuổi đi học trong nhà tôi.

Tôi đồng ý sàng lọc tất cả trẻ trong độ tuổi đi học trong nhà tôi mỗi ngày trước khi đưa các cháu đến trường và đồng ý giữ con tôi ở nhà nếu cháu có:

- Cảm thấy sốt và/hoặc ớn lạnh (nếu nhiệt độ/cơn sốt được ghi nhận là 100,4 độ F trở lên)
- Một cơn ho mới mà không phải do tình trạng sức khỏe khác
- Một mũi (một mũi hơn bình thường)
- Bị nghẹt mũi hoặc sổ mũi
- Bị nhức đầu
- Một cơn đau họng mới mà không phải do tình trạng sức khỏe khác
- Một cơn ớn lạnh mới mà không phải do tình trạng sức khỏe khác
- Một cơn đau cơ mới mà không phải do tình trạng sức khỏe khác hoặc do một hoạt động cụ thể như tập thể dục gây ra
- Mới bị mất vị giác hoặc khứu giác, mới bắt đầu biếng ăn hoặc bú kém
- Bị đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn hoặc nôn

Tôi hiểu rằng các Câu hỏi Kiểm tra Sức khỏe COVID-19 có thể thay đổi theo thời gian theo yêu cầu của Trung tâm Phòng ngừa và Kiểm soát Dịch bệnh (CDC) và Hệ Trường Công Quận Fairfax (FCPS) sẽ cập nhật các câu hỏi kiểm tra sức khỏe, theo yêu cầu. FCPS sẽ thông báo cho tôi mọi thay đổi cần thiết và tôi đồng ý tiếp tục sàng lọc sức khỏe hàng ngày dựa trên các yêu cầu hiện tại.

Nếu con tôi có bất kỳ dấu hiệu nào nêu trên của COVID-19, tôi đồng ý không cho con tôi trở lại trường cho đến khi:

- Con tôi xét nghiệm âm tính với COVID-19 và đủ sức khỏe để đi học lại **HOẶC**
- Một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã khám cho con tôi và ghi lại lý do cho các triệu chứng khác với COVID-19 **HOẶC**
- Tất cả các điều sau đây đều đúng: 1) ít nhất 10 ngày kể từ khi bắt đầu xuất hiện các triệu chứng VÀ 2) hết sốt mà không dùng thuốc hạ sốt trong 24 giờ VÀ 3) các triệu chứng ngày càng tốt hơn.

Tôi đồng ý không cho con tôi trở lại trường học nếu con tôi được chẩn đoán hoặc xác nhận bị COVID-19, cho đến khi đáp ứng những điều sau:

- Đã ít nhất 10 ngày kể từ lần đầu tiên con tôi có các triệu chứng **VÀ**
- Con tôi hết sốt mà không dùng thuốc hạ sốt (ví dụ: Tylenol, Ibuprofen) trong 24 giờ **VÀ**
- Các triệu chứng của con tôi ngày càng tốt hơn.

Tôi đồng ý đưa con tôi đến gặp bác sĩ để đánh giá và hoàn thành Giấy phép Quay lại Trường/Nhà Trẻ mỗi khi con tôi được cho về vì bị ốm trong ngày học.

Nếu ai đó trong gia đình tôi đã được chẩn đoán hoặc xác nhận bị COVID-19, hoặc con tôi bị phơi nhiễm, tôi đồng ý giữ con tôi ở nhà trong 14 ngày sau lần cuối cùng chúng tiếp xúc với thành viên đó.

***Phơi nhiễm được định nghĩa là những lần tiếp xúc riêng lẻ được cộng lại với nhau trong khoảng thời gian 24 giờ (ví dụ: ba lần tiếp xúc 5 phút tổng cộng 15 phút). Một người bị COVID-19 được coi là có thể lây nhiễm bắt đầu từ 2 ngày trước khi họ bị bệnh, hoặc 2 ngày trước khi xét nghiệm dương tính nếu họ chưa từng có các triệu chứng.**

Nếu ai đó trong gia đình tôi có bất kỳ triệu chứng nào ở trên, tôi sẽ nhờ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đánh giá và/hoặc xét nghiệm COVID-19. Nếu người đó có kết quả xét nghiệm dương tính hoặc được chẩn đoán bị COVID-19, tôi sẽ giữ con tôi ở nhà trong 14 ngày sau lần cuối tiếp xúc với thành viên gia đình này **HOẶC** như trên nếu con tôi có kết quả dương tính.

Tên Con Em: _____ Ngày Sinh: _____

Tên Phụ Huynh/Giám Hộ: _____

Chữ Ký Phụ Huynh/Giám Hộ _____ Ngày: _____

Revised 10.28.20