

Evaluación de la Salud

En respuesta a la pandemia de COVID-19, estamos tomando más precauciones para disminuir la propagación del virus, mientras seguiremos dando apoyo y servicios de calidad a los niños y a las familias. Para proteger la salud y el bienestar de los niños y de las familias bajo nuestro cuidado, junto con nuestros proveedores, estamos implementando este formulario de evaluación de salud diaria que se utilizará en persona antes de cada sesión para determinar si podemos continuar. Como alternativa, se pueden proporcionar servicios virtuales si las respuestas indican un riesgo de transmisión de COVID-19. Se compromete en hacer todo lo posible para satisfacer las necesidades de nuestras familias y de antemano le agradecemos su cooperación y cumplimiento.

Nombre de niño(a): _____ Nombre de los padres: _____

Agrega fecha de servicio (mes/día) y marca tu respuesta

| Preguntas de detección | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ¿Tiene usted, su hijo(a) o algún miembro de la familia en el hogar, una temperatura de 100.4 o más en la actualidad? | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES |
| ¿Tiene usted, su hijo(a) o algún miembro de su hogar un síntoma de enfermedad, como tos, dificultad para respirar, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta o pérdida del gusto/ olfato? | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES |
| ¿Alguien en su hogar ha estado en contacto con alguien que haya sido positivo a COVID en los últimos 14 días? | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES |

Nombre de proveedor de servicio: _____

Agrega fecha de servicio (mes/día) y marca tu respuesta

| Preguntas de detección | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ¿Tienes una temperatura de 100.4 o más hoy? | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES |
| ¿Tienes algún síntoma de enfermedad, como tos, dificultad para respirar, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta o pérdida del gusto/ olfato? | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES |
| ¿Has estado u o alguien en su hogar en contacto con alguien que haya sido positivo por COVID en los últimos 14 días? | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES | NO YES |



El día de nuestra session, yo testifico que hice las preguntas a la familia y que las respuestas de los padres son correctas y precisas. Tambien testifico que mis respuestas son correctas y precisas.

Firma del Proveedor

Fech

