



FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA EN RELACIÓN A COVID-19

Este formulario de información médica de COVID-19 aborda las condiciones actuales o futuras de el/la estudiante, asuntos informativos respecto a los deportes en tiempos de COVID-19 y el cumplimiento de ciertos estándares especiales de seguridad

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Nombre de el/la estudiante: | Escuela: | |
| Deporte/actividad: | Teléfono residencial: | |
| Mi estudiante ha resultado positivo para COVID-19 anteriormente (i) De responder Sí, describa cuándo/por quién: _____ (ii) De responder Sí, describa el último día de cualquier síntoma _____ ¿Algún síntoma persistente o que continúa? _____ | Sí - <input type="checkbox"/> | No - <input type="checkbox"/> |
| ¿Hay alguna persona que se quede regularmente o que viva en el hogar/residencia del estudiante que haya resultado positivo o que haya mostrado signos de COVID-19, en los últimos 14 días? De responder Sí, Describa quién/cuándo: _____ | Sí - <input type="checkbox"/> | No - <input type="checkbox"/> |
| En los últimos 14 días, el estudiante ha experimentado fiebre * escalofríos, temblores/tiritera recurrente • tos • dolor de garganta • falta de aire, dificultad para respirar • sentirse débil o con fatiga de forma inusual • pérdida del gusto u olfato • dolor muscular • dolor de cabeza • moqueo nasal o congestión • diarrea – que no tiene explicación (como por ejemplo intoxicación por alimentos). De responder Sí, Describa cuándo/qué: _____ | Sí - <input type="checkbox"/> | No - <input type="checkbox"/> |
| El/la estudiante y yo entendemos que los deportes pueden implicar contacto físico, pérdida del equipo de protección y otras circunstancias que expongan a el/la estudiante a COVID-19. Existe una alta probabilidad de que partículas respiratorias sean transmitidas, debido a la cercanía, ventilación potencialmente inadecuada u otros factores. Nosotros entendemos y aceptamos esos riesgos y buscaremos minimizar tales riesgos para los demás activamente. | Sí - <input type="checkbox"/> | No - <input type="checkbox"/> |
| El/la estudiante y yo hemos cada uno revisado la Guía de Deportes Recreacionales para Adultos y Jóvenes en Exteriores e Interiores del Departamento de Salud Pública de California y la Hoja de Información, lo cual entendemos que es un requisito para la participación . Entendemos la guía mencionada y no tenemos preguntas al respecto. www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/COVID-19/outdoor-indoor-recreational-sports.aspx Nota: Si no puede ver la guía en línea, por favor solicite una copia física o una versión traducida. | Sí - <input type="checkbox"/> | No - <input type="checkbox"/> |
| El/la estudiante acuerda usar coberturas faciales (y/u otro equipo de protección), no compartir equipos o bebidas ni artículos personales con otros, y practicar el distanciamiento social y otras prácticas de seguridad según se establece en las Guías del Departamento de Salud Pública de California (CDPH, por sus siglas en inglés), así como otras instrucciones de los entrenadores u otro personal del Distrito, y los procedimientos y las políticas del Distrito o la escuela, para maximizar mi seguridad y la seguridad de los demás. | Sí - <input type="checkbox"/> | No - <input type="checkbox"/> |
| El/la estudiante y yo acordamos que, si cualquier parte de la información en este formulario cambia, incluyendo cualquier asunto de seguridad o salud que pueda cambiar tras la fecha en que firmamos este formulario, acordamos notificar inmediatamente al entrenador y director de tales cambios . | Sí - <input type="checkbox"/> | No - <input type="checkbox"/> |

Al firmar abajo, **nosotros** reconocemos y aceptamos que la información anterior se encuentra completa y es verdadera. Entendemos que, de no proporcionar información completa y verdadera, o no actualizar oportunamente la información y declaraciones en este formulario, esto puede resultar (o resultará) en la suspensión inmediata de el/la estudiante del deporte o su expulsión.

Nombre impreso de el/la estudiante

Firma

Fecha

Como Padre/Madre/Representante, acepto también cumplir con todos los estándares de seguridad indicados anteriormente, de asistir yo a cualquier práctica, juego, reunión de padres/representantes u otras reuniones relacionadas al deporte. No hacer esto podría resultar (o resultará) en que se me prohíba la entrada a tales eventos. Cualquier otro miembro de la familia o persona que pudiera asistir al evento conmigo también cumplirá con estos requisitos o podrá prohibírsele (o se le prohibirá) la entrada y yo podría también perder mi privilegio de participación.

Nombre impreso del Padre/Madre/ Representante

Firma

Fecha

Fecha en que la Escuela recibe el formulario:

Recibido por:

El original de este formulario permanecerá en el expediente de la oficina principal por un período de no más de un (un) año tras la fecha de firma.