

Howell Mountain Elementary School District



2020-21 Parent/Guardian Health Screening Commitment Form

To protect our students and staff, I commit to complete a daily health screening of my student(s) prior to sending him or her to school using the 2020-21 Daily Student Health Checker provided, and to not to send my student(s) to school when he/she is sick or feeling unwell with the symptoms consistent with COVID-19.

I understand that the COVID-19 health screening questions may change over time as required by the Centers for Prevention and Disease Control (CDC) and that the Howell Mountain ESD will update the health screening questions as required. HMESD will communicate any necessary changes to me and I agree to continue daily health screenings based on the current requirements. I agree not to send my student back to school if he/she has any signs of COVID-19 until:

1. At least 10 days have passed since the symptoms first appeared, AND
2. My child has been free of fever for at least 24 hours (without the use of fever-reducing medication), AND
3. Other symptoms have improved (for example, cough or shortness of breath).

Formulario de compromiso de evaluación de salud para padres / tutores 2020-21

Para proteger a nuestros estudiantes y personal, me comprometo a completar un examen de salud diario de mi (s) estudiante (s) antes de enviarlo a la escuela utilizando el Verificador diario de salud del estudiante 2020-21 proporcionado, y a no enviar a mi (s) estudiante (s) a la escuela cuando está enfermo o no se siente bien con los síntomas consistentes con COVID-19.

Entiendo que las preguntas de evaluación de salud de COVID-19 pueden cambiar con el tiempo según lo requieran los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) y que el Escolar de Howell Mountain ESD actualizará las preguntas de evaluación de salud según sea necesario. HMESD me comunicará cualquier cambio necesario y acepto continuar con los exámenes de salud diarios según los requisitos actuales. Estoy de acuerdo en no enviar a mi estudiante de regreso a la escuela si tiene signos de COVID-19 hasta que:

1. Han pasado al menos 10 días desde que aparecieron los primeros síntomas, Y
2. Mi hijo no ha tenido fiebre durante al menos 24 horas (sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre) Y
3. Otros síntomas han mejorado (por ejemplo, tos o dificultad para respirar).

Student Name/Nombre Del Estudiante:

Parent/Guardian Name/Nombre Del Padre:

Board of Trustees

Wendy Yorgensen, President
Lisa Welborn, Vice President
Ryan Hackett, Clerk
Cynthia Gosling, Member
Duane White, Member

District and School Administration

Dr. Janet Tufts, Superintendent/Principal

Lori Price, District/School Secretary

Parent/Guardian Signature/Firma Del Padre: _____ Date/Fecha:

Howell Mountain Elementary School

2020-21 Daily Student Health Checker

(Provided by the Napa County Office of Education)

By entering the school campus, you are confirming you have completed your daily health self-check. DO NOT ENTER and return home immediately if you answer YES to any of the three following questions:

Symptoms of COVID-19:

- Cough/shortness of breath
- Fever
- Sore throat
- Headache
- Chills
- Runny nose
- Nausea
- Vomiting
- Diarrhea
- Loss of taste or smell

1. Are you experiencing or have you experienced in the last 72 hours any COVID-19 symptoms?

2. Is someone in your home experiencing any COVID-19 symptoms?

3. Have you had contact with someone diagnosed with COVID-19 in the past 14 days?

If you previously had any of these symptoms, you may return to campus when at least 10 days have passed since:

1. The symptoms first appeared AND

2. You are free of fever for at least 24 hours (without the use of fever-reducing medication AND

3. Other symptoms have improved (for example cough or shortness of breath)

If you develop symptoms while at school tell your teacher immediately.

Distrito Escolar de Howell Mountain

Comprobador de salud estudiantil diario 2020-21

(Proporcionado por la Oficina de Educación del Condado de Napa)

Al ingresar al campus de la escuela, está confirmando que ha completado su autocontrol de salud diario. NO ENTRAR y regresar a casa inmediatamente si responde Sí a cualquiera de las siguientes tres preguntas:

Síntomas de COVID-19:

- Tos / dificultad para respirar
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Dolor de cabeza
- Escalofríos
- Rinorrea
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Pérdida del gusto u olfato

1. Tiene o ha experimentado en las últimas 72 horas algún síntoma de COVID-19?

2. ¿Alguien en su casa está experimentando algún síntoma de COVID-19?

3. ¿Ha tenido contacto con alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días?

Si anteriormente tuvo alguno de estos síntomas, puede regresar al campus cuando hayan pasado al menos 10 días desde:

1. Los síntomas aparecieron por primera vez Y
2. No tiene fiebre durante al menos 24 horas (sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre Y
3. Otros síntomas han mejorado (por ejemplo, tos o dificultad para respirar)

Si desarrolla síntomas mientras está en la escuela, dígale a su maestro inmediatamente.