



DAVID GREGORY SCHOOL, INC.

A PARTNERSHIP FOR LEARNING

347 N. FARVIEW AVENUE, PARAMUS, NJ 07652 201/967-9772 FAX 201/967-7071

Septiembre 2020

Queridos Padres de Familia/ Cuidadores,

Bienvenidos al año escolar 2020-21. Estamos muy emocionados de dar la bienvenida a los estudiantes de nuevo a la instrucción en persona a partir del 1 de octubre de 2020. Nos gustaría informarle de algunos cambios que han tenido lugar para este año escolar. Consulte nuestro sitio web para obtener detalles completos del Plan de reapertura, así como nuestras políticas COVID actualizadas.

Estamos pidiendo su cooperación para mantener a su hijo en casa si muestran signos o síntomas de enfermedad. Todos necesitamos trabajar juntos para mitigar la transmisión del virus COVID-19. Por favor, mantenga a su hijo en casa si tiene signos o síntomas de enfermedad, incluyendo, pero no limitado a, temperatura de 100,0 F o superior, nueva tos incontrolada (para estudiantes con tos alérgica/asmática crónica, un cambio en su tos de su "normal"), dificultad para respirar, nueva pérdida de olor, nueva pérdida de sabor, escalofríos, rigores (escalofríos), mialgia (dolor muscular), dolor de cabeza, dolor de garganta, náuseas/vómitos, diarrea/dolor abdominal, fatiga, congestión o erupción cutánea.

**Si su hijo desarrolla síntomas de enfermedad mientras está en la escuela, el estudiante será examinado por la enfermera de la escuela. Si se determina que el estudiante está exhibiendo signos o síntomas de COVID, el estudiante será colocado en una sala de aislamiento acompañado por un miembro del personal y se le llamará para recoger a su hijo y referido al proveedor de atención médica del niño para su posterior evaluación y determinación si se recomienda la prueba. El estudiante no regresará al salón de clases y no será enviado a casa en el autobús.**

Por favor, evalúe a su hijo DIARIO, por la mañana antes de venir a la escuela, en busca de signos y síntomas de enfermedad, y revise el cuestionario de salud adjunto. **Si su hijo tiene cualquiera de los síntomas mencionados anteriormente, o usted responde sí a cualquiera de las preguntas, por favor mantenga a su hijo en casa y consulte con la enfermera de la escuela antes de enviar a su hijo a la escuela.**

**Al volver a la instrucción en persona:**

**Por favor envíe a su hijo con lo siguiente:**

- Tapabocas/máscara facial, marcada con nombre y apellido en el FRENTE de la mascarilla, Tapando la boca **\*\*Tenga en cuenta, si su hijo no puede usar una cubierta facial, usted debe obtener una nota del médico que indica que su hijo está exento del requisito de uso de máscara antes de regresar a la instrucción en persona.\*\*** Si evaluamos que el estudiante no puede usar una mascarilla que cubra la mayor parte del tiempo en la escuela, y no tenemos una nota médica, tendrán que permanecer en instrucción virtual hasta que recibamos una nota médica, o hasta que puedan usar una mascarilla/ tapabocas que pueda cubrir la mayor parte del tiempo en la escuela.
- iPad y/o dispositivo AAC
- Capa de su ropa - Estaremos afuera y las ventanas / puertas permanecerán abiertas, incluso en clima frío / cálido
- Cambio adicional de ropa para guardar en la escuela -Ya no proporcionaremos ropa adicional a los estudiantes.

**Por favor, no envíe a su hijo con lo siguiente:**

- No traigas nada de casa que no sean sus dispositivos iPad/AAC, incluidas las mochilas. Los estudiantes no comerán comidas en la escuela; por lo tanto, las loncheras/alimentos no deben enviarse a la escuela. No estamos permitiendo que se envíen artículos de transición como juguetes, libros, etc. a y desde la escuela. La comunicación se realizará electrónicamente a través del iPad asignado por el estudiante.

Asegúrese de que su hijo coma un desayuno bien equilibrado antes de venir a la escuela. No vamos a tener ninguna comida en la escuela en este momento.

Proporcionaremos agua filtrada y tazas desechables desechables para estudiantes y personal. Si prefiere que su hijo tenga agua embotellada, por favor envíe con una botella desechable por día con su nombre claramente etiquetado en la botella. Lo tiraremos al final del día. No ahorraremos ni almacenaremos botellas de agua.

El personal y los estudiantes estarán al aire libre tanto como sea posible, si el clima lo permite. Además, las ventanas y las puertas del aula permanecerán abiertas para permitir el máximo flujo de aire en todas las aulas/edificios. Por lo tanto, asegúrese de que su hijo esté adecuadamente vestido para el clima. Recomendamos encarecidamente vestirse con suficientes capas.

Debido a COVID-19, ya no proporcionaremos un cambio de ropa para los estudiantes que ensucien su ropa. Por favor, envíe un cambio completo de ropa (camisa, pantalones, ropa interior, calcetines) para que se mantenga en la escuela. **Si su hijo suda su ropa y no tiene un cambio de ropa, se le llamará para recoger a su hijo de la escuela.**

**Tenga en cuenta que, una vez que la escuela regrese a la instrucción en persona, si desea cambiar a su hijo de instrucción remota a en persona, debe dar 1 semana de aviso por escrito antes de cambiar.**

Por último, **por favor complete y devuelva el Formulario de Contacto de Emergencia adjunto para este año escolar.** Es imperativo que tengamos la información de contacto correcta tanto para usted como para sus contactos de emergencia, si es necesario. Si su hijo no regresa a la instrucción en persona en octubre, el formulario completado puede ser enviado de vuelta a nosotros por correo electrónico o por correo postal a la escuela. La dirección de la escuela es 347 N. Farview Avenue, Paramus, NJ 07652.

¡Gracias por su cooperación anticipada! Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con nosotros en las direcciones de correo electrónico que encontrara a continuación.

¡Esperamos ver a su hijo en octubre!

Cordialmente,

David Ruzich  
Principal

Kimberly Lange, RN CSN  
School Nurse

Principal Dave - [principal@davidgregoryschool.com](mailto:principal@davidgregoryschool.com)

Nurse Kim - [nurse@davidgregoryschool.com](mailto:nurse@davidgregoryschool.com)

DAVID GREGORY SCHOOL  
FORMULARIO DE INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Año Escolar \_\_\_\_\_

Nombre del menor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CONTACTO DE LA MADRE**

Nombre \_\_\_\_\_

Numero de contacto principal (encierre el que corresponde) Casa/Trabajo/Celular \_\_\_\_\_

Numero telefonica casa \_\_\_\_\_ Numero de Cel \_\_\_\_\_

Numero de trabajo \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Direccion( Si es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**FATHER CONTACT INFORMATION**

Nombre \_\_\_\_\_

Numero de contacto principal (encierre el que corresponde) Casa / Trabajo/ Celular \_\_\_\_\_

Numero de casa \_\_\_\_\_ Numero de Cel \_\_\_\_\_

Numero de trabajo \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Direccion( Si es diferente a la anterior) Street \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA #1 (Si no es posible contactar Padres o Cuidadores)**

Nombre \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_

teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Numero de Celular \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA #2 (S no es posible contactar Padres o Cuidadores)**

Nombre \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Numero de Celular \_\_\_\_\_

**INFORMATION DE SALUD**

1. Por favor enumere cualquier condición médica o discapacidad. Si no hay ninguno, por favor, compruebe aquí

\_\_\_\_\_

2. Por favor, enumere todos los medicamentos/ dosis/tiempos, incluyendo vitaminas de venta libre, etc. Si no hay medicamentos, por favor consulte aquí.

\_\_\_\_\_

3. Por favor, enumere las alergias a los medicamentos o alimentos y describa la reacción. Si no hay alergias, por favor revise aquí.

\_\_\_\_\_

4. Informacion adicional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información del proveedor de atención médica (para tratamiento de emergencia cuando no podemos contactar con usted)**

Hospital de preferencia \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

La firma de este formulario representa su consentimiento para la atención dental y/o médica de emergencia para el niño mencionado anteriormente, en caso de que no pueda ser contactado. También autoriza la divulgación de la información médica pertinente para ser intercambiada entre el personal involucrado en el cuidado de su hijo, con el fin de planificar un ambiente seguro y saludable. También autoriza a la enfermera de la escuela a comunicarse con los médicos del estudiante mencionados anteriormente, según sea necesario.

Nombre escrito \_\_\_\_\_ Firma padre o madre/cuidador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## EXAMEN DIARIO EN CASA PARA ESTUDIANTES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor revise a su hijo en busca de síntomas de enfermedad y complete esta lista de verificación obligatoria cada mañana para reportar la información de su hijo. **Si se selecciona alguno de los siguientes artículos, comuníquese con la enfermera de la escuela de inmediato. A su hijo no se le permitirá asistir a la escuela, y requerirá autorización de la enfermera de la escuela.**

### SECCION 1: SINTOMAS

Si su hijo tiene alguno de los síntomas enumerados en la **Columna A o Columna B** de la siguiente tabla o ha estado en contacto cercano con una persona diagnosticada con COVID-19, esto puede indicar la posible presencia de enfermedad y/o riesgo de propagación de enfermedades a otras personas. Tenga en cuenta que esta tabla no incluye todos los síntomas posibles y las personas con COVID-19 pueden experimentar cualquiera, todos o ninguno de estos síntomas. **Por favor revise a su hijo para estos síntomas cada mañana e informe las siguientes preocupaciones con respecto a la exposición potencial.**

SINTOMAS: COLUMNA A	SINTOMAS: COLUMNA B
<ul style="list-style-type: none"><li>• Temperatura de 100.0 grados F o más.</li><li>• Escalofríos</li><li>• Temblores</li><li>• Mialgia (Dolor muscular)</li><li>• Dolor de cabeza</li><li>• Dolor de garganta</li><li>• Náuseas/Vómito</li><li>• Diarrea/ Dolor Abdominal</li><li>• Fatiga</li><li>• Congestión nasal.</li><li>• Alergia en la piel nueva/ inexplicada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nueva tos incontrolada (para estudiantes con tos alérgica/asmática crónica, un cambio en su tos inicial)</li><li>• Hiperventilación</li><li>• Dificultad para respirar</li><li>• Nueva Pérdida del olfato</li><li>• Nueva Pérdida del gusto</li></ul>

¿A su hijo se le dio medicamentos para cualquier síntoma que aparezca en la Columna A o columna B)?

- YES  
 NO

### SECCION 2: CONTACTO CERCANO/EXPOSICIÓN POTENCIAL

- Tuvo contacto cercano (dentro de **6 pies** durante al menos **10 minutos**) con una persona Covid-19.
- Tuvo un contacto estrecho con un miembro del hogar que mostraba síntomas de COVID-19
- Estudiante o familiar familiar actualmente bajo investigación por COVID-19 o a la espera de resultados de texto COVID-19
- Estudiante o familiar del hogar viajó **fuera del estado** o fuera del país en **los** últimos 14 días. Si es así, ¿dónde? \_\_\_\_\_
- Vive en un área de alta transmisión comunitaria o área que actualmente experimenta brote de COVID-19
- Estudiante o un miembro de la familia del hogar ha sido aconsejado por un proveedor médico o funcionario de salud pública para la cuarentena por cualquier razón