



ARCO IRIS

BILINGUAL CHILDREN'S CENTER

RECONOCIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA COVID-19 PARA ARCO IRIS BILINGUAL CHILDREN'S CENTER

Este formulario debe ser revisado y firmado por todos los padres / tutores y contactos de emergencia. Lea y ponga sus iniciales en cada declaración a continuación.

1. ____ Entiendo que durante esta Emergencia de Salud Pública COVID-19 NO se me permitirá ingresar a las instalaciones de Arco Iris Bilingual Children's Center (AIBCC) más allá del área designada para dejar y recoger (ubicada afuera de las puertas principales de 14502 Greenview Drive, Suite 102, Laurel, MD 20708). Entiendo que este cambio de procedimiento es por la seguridad de todas las personas presentes en la instalación y para limitar, en la medida de lo posible, el riesgo de exposición de todos. Entiendo que es mi responsabilidad informar a las personas de contacto de emergencia de la información contenida en este documento y que no pueden recoger a mi hijo a menos que también hayan firmado este formulario.
2. ____ Entiendo que si hay una emergencia que me requiera ingresar a las instalaciones de AIBCC más allá del área designada para dejar y recoger, DEBO usar una máscara y lavarme / desinfectarme las manos inmediatamente al ingresar al vestíbulo en el área designada. lavabo. Mientras esté en la instalación, debo practicar el distanciamiento social y permanecer al menos a seis (6) pies de distancia de todas las demás personas, excepto de mi propio hijo.
3. ____ Entiendo que para ingresar a las instalaciones de la instalación, mi hijo debe estar libre de síntomas de COVID-19. Si aparece alguno de los siguientes síntomas durante el día, mi hijo será separado del resto de los niños y de otras personas ubicadas en la instalación. El personal del Centro Infantil Bilingüe Arco Iris se comunicará con mí de inmediato, y mi hijo DEBE ser recogido de la instalación dentro de los 60 minutos posteriores a la notificación.

Los síntomas incluyen cualquiera de los siguientes: tos, dificultad para respirar, pérdida del gusto u olfato; O por lo menos dos de los siguientes: fiebre de 100.4 grados Fahrenheit o más, escalofríos, dolores musculares, dolor de garganta, dolor de cabeza, náuseas o vómitos, diarrea, fatiga, y congestión sinusal.

Aunque muchos de estos síntomas también pueden estar relacionados con problemas no relacionados con COVID-19, es imperativo que procedamos con mucha precaución durante esta emergencia de salud pública. Estos síntomas suelen aparecer de 2 a 7 días después de la infección, así que tómelos en serio.

4. ____ Entiendo que los niños, padres y contactos de emergencia, que han sido diagnosticados con COVID-19, tuvieron síntomas de COVID-19, o tienen alguna razón para creer que contrajeron COVID-19, y que quieren regresar a AIBCC antes de completar un período de autoaislamiento de 14 días, debe presentar al Director una certificación de buena salud de un profesional médico que autorice a la persona a regresar. El certificado médico se enviará a Carolina Reyes, quien consultará con la Administración de AIBCC sobre si la persona puede regresar a la instalación antes de completar el período de 14 días.
5. ____ Estoy de acuerdo en usar una máscara en todo momento mientras dejo y recojo a mi(s) hijo(s) hasta que AIBCC me notifique lo contrario.
6. ____ Entiendo que se debe tomar la temperatura de mi hijo antes de que ingrese a las instalaciones y después del almuerzo / siesta. Acepto que en las mañanas que lleve a mi hijo a AIBCC, tomaré la temperatura de mi hijo con un termómetro temporal de propiedad personal en presencia de un miembro del personal de AIBCC y le mostraré los resultados al personal de AIBCC. Estoy de acuerdo en que un miembro del personal le tomará la temperatura a mi hijo después del almuerzo/siesta y los resultados se compartirán conmigo por teléfono, correo electrónico o mensaje de Class Dojo.
7. ____ Entiendo que se le pedirá a mi hijo que se lave las manos utilizando los procedimientos de lavado de manos recomendados por los CDC durante todo el día, usando agua corriente tibia y frotando con jabón durante al menos 20 segundos.
8. ____ Entiendo la importancia de cumplir con las órdenes de permanecer en el hogar y las órdenes de distanciamiento social estatales, del condado o locales, incluso cuando esté fuera del cuidado, para controlar la exposición de mi hijo en la comunidad local.
9. ____ Notificaré inmediatamente a la Gerencia de AIBCC si me doy cuenta de que alguna persona con la que mi hijo o yo hemos tenido contacto presenta alguno de los síntomas enumerados en el número 3 anterior, se le aconseja que se aíse, se ponga en cuarentena o haya dado positivo, o se presume positivo para COVID-19. Además, notificaré de inmediato a la gerencia de AIBCC si se me informa que alguien de mi lugar de trabajo se presume positivo o da positivo en la prueba de COVID-19, y yo he estado físicamente presente en mi lugar de trabajo durante los últimos 14 días.

10. ____ Entiendo y acepto que si a mi hijo se le diagnostica COVID-19, AIBCC debe notificar al Agente de Licencias del Estado y al Departamento de Salud de Maryland.
11. ____ Entiendo que mientras mi hijo esté presente en las instalaciones todos los días, estará en contacto con niños, familias, empleados y otras personas con acceso a AIBCC, quienes también están en riesgo de exposición comunitaria. Entiendo que ninguna lista de restricciones, pautas o prácticas eliminará el 100% del riesgo de exposición al COVID-19, ya que el virus puede ser transmitido por personas asintomáticas y antes de la aparición visible de una infección. Entiendo que tengo un papel crucial en mantener a todos en la instalación seguros y reducir el riesgo de exposición siguiendo las prácticas descritas en este documento.
12. ____ Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva por cualquier lesión que sufra mi(s) hijo(s) o yo mismo (incluidos, entre otros, lesiones personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamación, responsabilidad, o gasto, de cualquier tipo, que yo o mi(s) hijo(s) podamos experimentar o incurrir en relación con la asistencia de mi(s) hijo(s) a AIBCC ("Reclamaciones") que surjan de COVID-19 o relacionados enfermedad.
13. ____ En mi nombre, y en nombre de mi(s) hijo(s), por la presente libero, me comprometo a no demandar, despedir y eximir de responsabilidad a AIBCC, sus empleados, agentes y representantes, de y de cualquier Reclamo, incluidos todos responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan de COVID-19 o enfermedad relacionada.
14. ____ Entiendo y acepto que este comunicado incluye cualquier Reclamo basado en acciones, omisiones o negligencia de AIBCC, así como de sus empleados, agentes y representantes, ya sea que ocurra una infección por COVID-19 antes, durante o después de la asistencia en AIBCC.

Certifico a continuación que he leído, comprendido y acepto voluntariamente cumplir con las disposiciones aquí enumeradas. Reconozco que si no actúo de acuerdo con las disposiciones enumeradas en este documento, o con cualquier otra política o procedimiento descrito por AIBCC, puede resultar en la terminación de todos los servicios de AIBCC. Reconozco que el cuidado de mi hijo puede terminarse si se determina que mis acciones o la falta de acción exponen innecesariamente a otro empleado, niño o miembro de su familia al COVID-19.

Nombre del Niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del Niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del Niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del padre/guardián 1: _____

Firma del padre/guardián 1: _____ **Date:** _____

Nombre del padre/guardián 2: _____

Firma del padre/guardián 2: _____ **Date:** _____