

Herramienta de evaluación de COVID-19 para las escuelas y los centros de cuidado infantil

Versión 2: 1 de octubre de 2020

Los niños deben ser evaluados a diario por COVID-19 antes de ir a la escuela o a un centro de cuidado infantil. Los padres pueden llenar esta evaluación en nombre de un niño.

Preguntas de evaluación (escriba una “X” en la columna correspondiente)

1. ¿Tiene su hijo/a alguno de los siguientes síntomas que son **recientes** o que están **empeorando**?
Los síntomas no deben ser crónicos ni relacionados con otras causas o afecciones conocidas.

Fiebre y/o escalofríos (fiebre de 37,8 °C/100,0 °F o más)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos (más de lo habitual si tiene tos crónica) incluyendo el crup (tos “perruna”/seca, ruido silbante o estridor al respirar) No relacionada con otras causas o afecciones conocidas (p. ej. asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Falta de aire (disnea, falta de aliento, incapacidad para respirar profundamente, sibilancia que empeora si tiene falta de aire crónica) No relacionada con otras causas o afecciones conocidas (p. ej. asma)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida parcial o completa del olfato o del gusto (trastorno del olfato o gusto nuevos) No relacionada con otras causas o afecciones conocidas (p. ej. pólipos nasales, alergias, trastornos neurológicos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

2. ¿Tiene su hijo/a alguno de los siguientes síntomas que son **recientes** o que están **empeorando**?
Los síntomas no deben ser crónicos ni relacionados con otras causas o afecciones conocidas.

Dolor de garganta (dolor al tragar o dificultad para tragar) No relacionado con otras causas o afecciones conocidas (p. ej. goteo nasal posterior, reflujo gastroesofágico)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Congestión nasal y/o goteo nasal (taponamiento nasal y/o rinorrea) No relacionada con otras causas o afecciones conocidas (p. ej. alergias estacionales, entrar al interior tras estar expuesto al frío, sinusitis crónica sin cambios, enfermedad reactiva de las vías respiratorias)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza nuevo y persistente, inusual, inexplicable o duradero No relacionado con otras causas o afecciones conocidas (p. ej. dolor de cabeza tensional, migrañas crónicas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Náuseas, vómitos y/o diarrea No relacionados con otras causas o afecciones conocidas (p. ej. vómitos transitorios relacionados con la ansiedad en niños, trastorno vestibular crónico, síndrome del intestino irritable, efecto secundario de un medicamento)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fatiga, letargo, dolores musculares o malestar (sentimiento general de malestar, falta de energía, cansancio extremo, alimentación deficiente en lactantes) que son inusuales o inexplicables No relacionados con otras causas o afecciones conocidas (p. ej. depresión, insomnio, disfunción tiroidea, anemia)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

3. ¿Ha viajado su hijo/a fuera de Canadá en los últimos 14 días?
 Sí No
4. ¿Ha sido su hijo/a identificado por su centro de salud local (o a través de la aplicación “COVID Alert” si tiene su propio celular) como contacto cercano de una persona que es caso confirmado de COVID-19?
 Sí No
5. ¿Ha recibido su hijo/a la indicación de un profesional de la salud o de un funcionario de salud pública de aislarse?
 Sí No

Resultados de las preguntas de evaluación

-  Si respondió “Sí” a cualquiera de los síntomas incluidos bajo la pregunta 1:
 - Su hijo/a debe quedarse en casa y aislarse de inmediato.
 - Contacte al profesional de salud de su hijo/a para recibir orientaciones o asesoramiento adicionales, incluyendo si su hijo/a necesita una prueba de COVID-19 u otro tratamiento.
-  Si respondió “Sí” solo a uno de los síntomas incluidos bajo la pregunta 2:
 - Su hijo/a debe quedarse en casa durante 24 horas desde la aparición del síntoma.
 - Si el síntoma mejora, su hijo/a puede regresar a la escuela/centro de cuidado infantil cuando se sienta lo suficientemente bien para ello. No es necesario tener una prueba negativa de COVID-19 para regresar.
 - Si el síntoma persiste o empeora, contacte al profesional de salud de su hijo/a para recibir orientaciones o asesoramiento adicionales, incluyendo si su hijo/a necesita una prueba de COVID-19 u otro tratamiento.
-  Si respondió “Sí” a dos o más de los síntomas incluidos bajo la pregunta 2:
 - Su hijo/a debe quedarse en casa y aislarse de inmediato.
 - Contacte al profesional de salud de su hijo/a para recibir orientaciones o asesoramiento adicionales, incluyendo si su hijo/a necesita una prueba de COVID-19 u otro tratamiento.
-  Si respondió “Sí” a la pregunta 3, 4 o 5:
 - Su hijo/a debe quedarse en casa, aislarse de inmediato y seguir el consejo de la salud pública.
 - Si su hijo/a desarrolla síntomas, debe contactar a su centro de salud local o al profesional de salud de su hijo/a para recibir orientaciones adicionales.
-  Si respondió “NO” a todas las preguntas, su hijo/a puede ir a la escuela.

Salud Pública de Ontario - Rastreo de contactos

Responder a estas preguntas es voluntario. Los funcionarios de salud pública usarán esta información solamente para el rastreo de contactos. Toda la información será eliminada en 28 días.

Fecha: _____

Nombre: _____

Teléfono o correo electrónico: _____