



Health & Safety Form



Formulario de exclusión por sospecha de enfermedad o de

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____

ESTABLECIMIENTO _____ FECHA _____

Estimado(a) padre, madre o tutor(a) legal:

Hoy, en nuestro establecimiento de cuidado infantil, se observó que su hijo(a) tuvo o tiene uno o más de los siguientes síntomas o indicios:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrea (más de una vez, con excremento anormalmente suelto) | <input type="checkbox"/> Tos fuerte |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar o respiración rápida | <input type="checkbox"/> Al niño se le pone la cara roja o azul |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> El niño hace un sonido alto de garrotillo o jadeante después de toser |
| <input type="checkbox"/> Fiebre (101° F o más alta, tomada por vía oral) | <input type="checkbox"/> Se rasca mucho el cuerpo o la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Excrementos grises o blancos | <input type="checkbox"/> Garganta irritada o dificultades al tragar |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza y rigidez en el cuello | <input type="checkbox"/> Comportamiento inusual |
| <input type="checkbox"/> Áreas de la piel infectadas | <input type="checkbox"/> El niño llora más de lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Áreas de la piel costrosas, de color amarillo brillante, resacas o pegajosas | <input type="checkbox"/> El niño siente malestar general |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Está irritable (gruñón) o menos activo |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivitis | <input type="checkbox"/> Simplemente se ve indispuerto (enfermo) |
| <input type="checkbox"/> Lágrimas, enrojecimiento del revestimiento del párpado | <input type="checkbox"/> Manchas o sarpullido inusuales |
| <input type="checkbox"/> Irritación | <input type="checkbox"/> Orina extremadamente oscura, del color del té |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón o secreción de pus | <input type="checkbox"/> Vómito |
| | <input type="checkbox"/> Piel u ojos amarillentos |
| | <input type="checkbox"/> Piojos o liendres en la cabeza |

Comuníquese con su profesional de salud en caso de:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre persistente (más de 100° F) sin otros síntomas | <input type="checkbox"/> Confusión inusual |
| <input type="checkbox"/> Respiración tan agitada que no puede jugar, hablar, llorar ni beber líquidos | <input type="checkbox"/> Sarpullido, urticaria o ronchas que aparecen rápidamente |
| <input type="checkbox"/> Tos fuerte | <input type="checkbox"/> Fuerte dolor estomacal que hace que el niño se retuerza de dolor y grite |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Su hijo(a) no orina por un período de 8 horas; y se le ven la boca y la lengua resacas |
| <input type="checkbox"/> Garganta irritada y fiebre | <input type="checkbox"/> Excrementos negros o sangre mezclada con los excrementos |
| <input type="checkbox"/> Secreción nasal espesa | <input type="checkbox"/> Su hijo(a) parece o actúa como que está muy enfermo(a) o si parece que empeora rápidamente |
| <input type="checkbox"/> Sarpullido acompañado de fiebre | |
| <input type="checkbox"/> Diarrea persistente | |
| <input type="checkbox"/> Fuerte dolor de cabeza, rigidez en el cuello y fiebre | |
| <input type="checkbox"/> Piel u ojos amarillentos | |

Excluimos a su hijo(a) de asistir a nuestro programa hasta que (posibles opciones):

- Desaparezcan los indicios o los síntomas
- Podamos proporcionar el nivel de cuidado que su hijo(a) necesita
- El niño(a) pueda participar cómodamente en el programa
- Otra opción: _____

07/08