



Fecha:

Grupo estable:

COVID-19: Registro de asistencia diaria

	NOMBRE DEL NIÑO (Nombre, Apellido)	A TIEMPO	¿QUIÉN LO DEJÓ?	HORA DE SALIDA	¿QUIÉN LO RECOGIÓ?	CHEQUEO DE SALUD COMPLETO*	
						Aprueba	No aprueba
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Fecha:

Grupo estable:

COVID-19: Registro diario del personal

CHEQUEO DE
SALUD COMPLETO*

NOMBRE DEL PERSONAL U OTRO ADULTO (Nombre, Apellido) Nombre de cualquier cuidador, miembro del personal o adulto que entre en el programa	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	CHEQUEO DE SALUD COMPLETO*	
					Aprueba	No aprueba
1						
2						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

*Preguntas de chequeo de salud

Ver el documento de [Pautas de ELD sobre COVID-19](#) para los protocolos de respuesta ¹

1. ¿Ha estado el adulto o el niño expuesto a una persona con un caso positivo de COVID-19 en los últimos 14 días? y si es así, ¿la exposición fue durante el tiempo de 2 días antes hasta 10 días después de que la persona con COVID-19 comenzó a tener síntomas? Si la persona con COVID-19 nunca tuvo síntomas, use el período de tiempo de 2 días antes de que se realizara la prueba hasta 10 días después como período infeccioso.
2. ¿Ha estado el adulto o el niño expuesto a una persona con un presunto caso de COVID-19 en los últimos 14 días? Y si es así, ¿la exposición fue durante el tiempo de 2 días antes hasta 10 días después de que la persona con presunto COVID-19 comenzó a tener síntomas?
3. ¿El adulto o el niño ha experimenta nueva pérdida del gusto u olfato, tos inusual, falta de aliento o fiebre? "Tos inusual" significa algo que no es normal para esta persona (por ejemplo, alergias, asma).

¹ Ver <https://oregonearlylearning.com/COVID-19-Resources>. "Pautas de salud y seguridad para el cuidado infantil y la educación en la edad temprana que operan durante COVID-19". Publicado el 14/8/2020, actualizado en enero de 2021.