

**Buckeye Union High School District  
COVID-19 Parental Acknowledgment and Disclosure**

Each statement below should be read and initialed by either a parent or the child's guardian.  
**Signature by a parent or the child's guardian is required.**

1. \_\_\_\_\_ I understand that during this COVID-19 public health emergency, I will NOT be permitted to enter the facility/school beyond the designated drop-off and pick-up area. I understand that this procedure change is for the safety of all persons present at the facility/school and to limit to the extent possible everyone's risk of exposure.
2. \_\_\_\_\_ I understand that it is my responsibility to inform other members of my household of the information contained herein.
3. \_\_\_\_\_ I understand that IF there is an emergency requiring me to enter the facility beyond the designated drop-off and pick-up area, I MUST wash my hands and wear a mask before entering. While in the facility, I will practice social distancing and remain 6 feet from all other people, except for my own child.
4. \_\_\_\_\_ I understand that in order to attend school, my child must be free from COVID-19 symptoms. If, during the day, any of the following symptoms appear, my child will be separated from the rest of the class and moved to a supervised, secure area. I will be contacted, and my child MUST be picked up within 1 hour of being notified.

Symptoms include:

- Fever of 100.4 degrees Fahrenheit or higher
- Chills
- Shortness of breath or difficulty breathing
- Fatigue
- Muscle or body aches
- Headache
- New loss of taste or smell
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Nausea or vomiting
- Diarrhea
- Any other symptom of illness, whether or not you believe it's related to COVID-19

While the District understands that many of these symptoms can also be due to non-COVID-19-related issues, we must proceed with an abundance of caution during this public health emergency.

Symptoms typically appear two to seven days after being infected. Your child will need to be symptom-free, without any medication, for seventy-two (72) hours before returning to school.

5. \_\_\_\_\_ I understand that as the parent/guardian, I will need to take my child's temperature prior to coming to school. I understand that, as the parent/guardian, I must also conduct daily self-screening of my child for symptoms prior to the child arriving at school.
6. \_\_\_\_\_ I understand that over the course of the school day, my child's temperature will be taken.
7. \_\_\_\_\_ I understand that my child will be required to wash their hands throughout the day using CDC-recommended handwashing procedures.
8. \_\_\_\_\_ I understand that my child must wear a cloth face covering throughout the day according to the protocols established by the District.
9. \_\_\_\_\_ I will immediately notify the Site Point of Contact if I become aware that my child has had close contact with any individual who has been diagnosed with COVID-19. The CDC defines "close contact" as being within 6 feet of an infected person for at least 15 minutes starting from two days before illness onset (or, for asymptomatic patients, two days prior to specimen collection) until the time the patient is isolated.
10. \_\_\_\_\_ The Site/District will continue to follow the guidelines of both the CDC and state and local officials. As changes occur, parents and guardians will be notified. The Site Point of Contact will contact the Arizona Department of Health Services if any staff member or student contracts COVID-19 to help make crucial decisions on next steps.
11. \_\_\_\_\_ I understand that, while present at school each day, my child will be in contact with children and employees who are also at risk of community exposure. I understand that no list of restrictions, guidelines, or practices will remove the risk of exposure to COVID-19. I understand that the members of my family play a crucial role in keeping everyone at school safe and reducing the risk of exposure by following the practices outlined herein.

I, \_\_\_\_\_, certify that I have read, understand, and agree to comply with the provisions listed herein.

Child's Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Parent's Name: \_\_\_\_\_

Parent's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Buckeye Union High School District**  
**COVID-19 Reconocimiento y divulgación de los padres**

Cada declaración a continuación debe ser leída y firmada con sus iniciales por uno de los padres o el tutor legal del niño. **Se requiere la firma de un padre o tutor del niño.**

- 1) \_\_\_\_\_ Entiendo que durante esta emergencia de salud pública de COVID-19, NO se me permitirá ingresar a la instalación / escuela más allá del área designada para dejar y recoger a los niños. Entiendo que este cambio de procedimiento es para la seguridad de todas las personas presentes en la instalación / escuela y para limitar en la medida de lo posible el riesgo de exposición de todos.
- 2) \_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad informar a otros miembros de mi hogar sobre la información aquí contenida.
- 3) \_\_\_\_\_ Entiendo que SI hay una emergencia que requiera que ingrese a las instalaciones más allá del área designada para dejar y recoger, DEBO lavarme las manos y usar una máscara antes de ingresar. Mientras esté en las instalaciones, practicaré el distanciamiento social y permaneceré a 6 pies de distancia de todas las demás personas, excepto mi propio hijo.
- 4.) \_\_\_\_\_ Entiendo que para poder asistir a la escuela, mi hijo debe estar libre de los síntomas de COVID-19. Si, durante el día, aparece alguno de los siguientes síntomas, mi hijo será separado del resto de la clase y trasladado a un área segura y supervisada. Seré contactado y mi hijo DEBE ser recogido dentro de 1 hora de haber sido notificado.

Los síntomas incluyen:

- Fiebre de 100.4 grados Fahrenheit o más
- escalofríos
- Falta de aliento o dificultad para respirar.
- fatiga
- Dolores musculares o corporales.
- Dolor de cabeza
- Nueva pérdida de sabor u olfato.
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal.
- Náuseas o vómitos.
- Diarrea
- Cualquier otro síntoma de enfermedad, independientemente de si cree que está relacionado con COVID-19

Si bien el Distrito comprende que muchos de estos síntomas también pueden deberse a problemas no relacionados con COVID-19, debemos proceder con mucha precaución durante esta emergencia de salud pública.

Los síntomas generalmente aparecen de dos a siete días después de la infección. Su hijo deberá estar libre de síntomas, sin ningún medicamento, por 72 horas antes de regresar a la escuela.

- 5.) \_\_\_\_\_ Entiendo que, como padre / tutor, tendré que tomarle la temperatura a mi hijo antes de venir a la escuela. Entiendo que, como padre / tutor, también debo realizar una autoevaluación diaria de mi hijo para detectar síntomas antes de que el niño llegue a la escuela.
- 6.) \_\_\_\_\_ Entiendo que durante el transcurso del día escolar, se tomará la temperatura de mi hijo.
- 7.) \_\_\_\_\_ Entiendo que se requerirá que mi hijo se lave las manos durante todo el día utilizando los procedimientos de lavado de manos recomendados por los CDC.
- 8.) \_\_\_\_\_ Entiendo que mi hijo debe cubrirse de tela para la cara durante todo el día de acuerdo con los protocolos establecidos por el Distrito.
- 9.) \_\_\_\_\_ Notificaré inmediatamente al Punto de contacto del sitio si me doy cuenta de que mi hijo ha tenido contacto cercano con cualquier persona que haya sido diagnosticada con COVID-19. Los CDC definen el "contacto cercano" como estar dentro de los 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos a partir de dos días antes del inicio de la enfermedad (o, para pacientes asintomáticos, dos días antes de la recolección de muestras) hasta el momento en que el paciente está aislado.
- 10.) \_\_\_\_\_ El Sitio / Distrito continuará siguiendo las pautas tanto de los CDC como de los funcionarios estatales y locales. A medida que ocurran cambios, los padres y tutores serán notificados. El punto de contacto del sitio se comunicará con el Departamento de Servicios de Salud de Arizona si algún miembro del personal o estudiante contrata el COVID-19 para ayudar a tomar decisiones cruciales sobre los próximos pasos.
- 11.) \_\_\_\_\_ Entiendo que, mientras esté presente en la escuela todos los días, mi hijo estará en contacto con niños y empleados que también corren el riesgo de exponerse a la comunidad. Entiendo que ninguna lista de restricciones, pautas o prácticas eliminará el riesgo de exposición al COVID-19. Entiendo que los miembros de mi familia juegan un papel crucial en mantener seguros a todos en la escuela y reducir el riesgo de exposición al seguir las prácticas descritas aquí.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he leído, entiendo y acepto cumplir con las disposiciones aquí enumeradas.

El nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_