[IMPRIMIR EN EL MEMBRETE DE INSTALACION]

[INSERTAR LA FECHA EN QUE SE DIO POSITIVO EL CASO]

Para: Los padres o tutores de los niños que asisten [INSERTAR EL NOMBRE DEL PROGRAMA DE CUIDADO INFANTIL]

[INSERTAR EL NOMBRE DEL PROGRAMA DE CUIDADO INFANTIL] está trabajando con el Departamento de Salud del Estado de Nuevo México (NMDOH) porque un miembro del personal en nuestras instalaciones o un niño que asiste a nuestro programa ha dado positivo para COVID-19.

Esta carta es para informarle sobre los próximos pasos necesarios para protegerlo a usted y a su hijo y a nuestra comunidad de COVID-19. Por orientación del Departamento de Salud de Nuevo México, estamos obligados a que todo nuestro personal sea evaluado y que todos los niños sean evaluados si tuvieron "contacto cercano" con el miembro del personal o el niño que dio positivo por COVID-19. Según el Departamento de Salud de NM, un "contacto cercano" se define como estar cerca más de seis pies durante más de tres minutos a una persona que es positiva para COVID-19. Si su hijo tuvo contacto con la persona que dio positivo, debe someterse a cuarentena en casa durante 14 días.

Por favor consulte el formulario de consentimiento paterno adjunto que permitirá a nuestras instalaciones proporcione información al Departamento de Salud con el fin de realizar pruebas y seguimiento/vigilancia de contactos. Como padre/tutor, usted tiene el derecho de rechazar esta divulgación de información y autorización para las pruebas.

Además, en cualquier momento, si usted o su hijo comienzan a desarrollar síntomas de COVID-19, que son tos o dificultad para respirar, o cualquiera de los siguientes: fiebre, escalofríos, temblores repetidos con escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta o nueva pérdida de sabor u olor, llame a su proveedor de atención médica o a la línea directa COVID-19 al 1-855-600-3453.

Es importante que llame con anticipación a su proveedor de atención médica antes de asistir al consultorio del médico, clínica, atención de urgencia o sala de emergencias para que puedan estar preparados para su llegada. También pueden derivarlo a una clínica de pruebas.

Puede llamarme a [INSERTAR NOMBRE DEL DIRECTOR/DUEÑO Y NÚMERO DE TELÉFONO] o NMDOH al (505) 827-0006, si tiene preguntas. Gracias por su apoyo en estos esfuerzos.

Sinceramente,

[FIRMA DE DIRECTOR/DUEÑO]