

**Compromiso de responsabilidad personal: Estudiantes de Pre-K-5**



Debemos trabajar juntos para mantener a todos a salvo. Me comprometo a hacer mi parte.

- Me esforzaré al máximo en la escuela todos los días.
- Le haré saber a un adulto si necesito ayuda.
- Me quedaré en casa si estoy enfermo.
- Usaré una mascarilla o una cubierta facial.
- Me mantendré a seis pies de distancia de los demás cuando esté en la escuela o en público.
- Me lavaré mucho las manos.

**Nombre (letra de molde):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

### **Compromiso de responsabilidad personal: Estudiantes de la escuela intermedia y superior**

Debemos trabajar juntos para mantenernos a nosotros mismos, a las familias, a los compañeros, a los maestros, al personal y a la comunidad tan seguros y saludables como sea posible. Una combinación de acciones reducirá el riesgo de transmisión de COVID-19. También debo ser un aprendiz activo y preocuparme por mi educación. Me comprometo a hacer mi parte.

#### ***Si/cuando estoy aprendiendo a distancia***

- Tendré un espacio dedicado a hacer mi trabajo escolar lo mejor posible.
- Cuidaré bien el dispositivo (por ejemplo, Chromebook, iPad) que se me ha dado.
- Le haré saber a mi maestro o padres/encargados si necesito cierto material o si necesito ayuda.
- Me esforzaré al máximo en la escuela todos los días. Seré puntual. Prestaré atención a mis maestros. Entregaré las tareas a tiempo.
- Me pondré en contacto con mi maestro/escuela si surgen desafíos para que podamos trabajar juntos y resolverlos.

#### ***Si/cuando esté asistiendo a la escuela en persona***

- Trabajaré con mi padre/madre/encargado para llevar a cabo un examen de salud y síntomas (CDC, MA DPH) antes de ir a la escuela cada día.
- Me quedaré en casa y no iré a la escuela cuando me enferme. Si tengo alguno de los siguientes síntomas, debo **CONTACTAR A MI PROVEEDOR DE SALUD Y A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA** y hacerme una prueba del virus COVID-19 antes de regresar a la escuela o permanecer en casa en aislamiento por 14 días. Aquí están los [sitios de pruebas](#) en MA. ([Protocolos DESE para responder a los Protocolos COVID-19.](#)) Los síntomas incluyen:
  - Fiebre (100.0° Fahrenheit o más), escalofríos o escalofríos temblorosos
  - Tos (no se debe a otra causa conocida, como la tos crónica)
  - Dificultad para respirar o falta de aliento
  - Nueva pérdida de gusto u olfato; Dolor de garganta
  - Dolor de cabeza cuando se combina con otros síntomas
  - Dolores musculares o corporales
  - Náuseas, vómitos o diarrea
  - Fatiga, cuando se combina con otros síntomas
  - Congestión o secreción nasal (que no se debe a otras causas conocidas, como las alergias) cuando se combina con otros síntomas.
- Si yo o un miembro de la familia damos positivo para COVID-19, me quedaré en casa hasta que se me autorice ir a la escuela.
- Le haré saber a mi maestro si necesito ayuda o si surge algún problema.
- Seguiré y apoyaré las pautas trazadas en el [plan de regreso a la escuela de Holyoke](#), especialmente el uso de una mascarilla/cubierta facial, la práctica del distanciamiento social y el lavado de manos frecuente.

#### ***Cuando no esté en la escuela/trabajo***

- Seré un ciudadano responsable y haré todo lo posible por seguir las [pautas de salud y seguridad](#) de MA.
  - Usar una mascarilla que me cubra la boca y la nariz.
  - Distancia social de otros que no están en mi círculo inmediato.
  - Lávese las manos y utilice con frecuencia el desinfectante para manos.
  - Evite las reuniones grandes y respete los requisitos de las órdenes de viaje.
  - Mantener mis vacunas al día y recibir la vacuna contra la gripe - requerida para el 31 de diciembre, a menos que se proporcione una exención médica o religiosa.

**\*\*\*Contacte con su proveedor de atención médica y la [enfermera de la escuela](#) si usted o un miembro de su hogar tiene o puede tener COVID-19.\*\*\***

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### **Compromiso de responsabilidad personal: Padres/encargados**

Debemos trabajar juntos para mantenernos a nosotros mismos, a los niños, a las familias, al personal y a la comunidad tan seguros y saludables como sea posible. Una combinación de acciones reducirá el riesgo de transmisión de COVID-19. También debemos trabajar juntos para asegurarnos de que todos los niños de Holyoke reciban una educación de alta calidad. Me comprometo a hacer mi parte.

#### ***Si/cuando mi hijo está aprendiendo a distancia***

- Me aseguraré de que mi hijo/a tenga un espacio dedicado al trabajo escolar lo mejor que pueda.
- Me aseguraré de que mi hijo/a tenga los materiales necesarios para el trabajo escolar y me pondré en contacto con la escuela si se necesita algo.
- Me aseguraré de que mi hijo/a se dedique al aprendizaje a distancia todos los días. Me pondré en contacto con su maestro si mi hijo/a no puede participar en el aprendizaje a distancia ese día debido a una enfermedad o a una circunstancia atenuante.
- Me pondré en contacto con el maestro/escuela de mi hijo/a si surgen retos para que podamos resolverlos juntos.

#### ***Si/cuando mi hijo asiste a la escuela en persona***

- Haré un [examen de salud y síntomas](#) (CDC, MA DPH) de mi hijo/a antes de enviarlo a la escuela todos los días.
- Mi hijo/a se quedará en casa y no irá a la escuela cuando esté enfermo. Si mi hijo tiene alguno de los siguientes síntomas, **CONTACTARÉ AL PROVEEDOR DE SALUD Y A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA y mi hijo se hará un test del virus COVID-19 antes de volver a la escuela o que permanezca en casa en aislamiento durante 14 días.** Aquí están los [sitios de pruebas](#) en MA. ([Protocolos DESE para responder a los Protocolos COVID-19](#)). Los síntomas incluyen:
  - Fiebre (100.0° Fahrenheit o más), escalofríos o escalofríos temblorosos
  - Tos (no se debe a otra causa conocida, como la tos crónica)
  - Dificultad para respirar o falta de aliento
  - Nueva pérdida de gusto u olfato
  - Dolor de garganta
  - Dolor de cabeza *cuando se combina con otros síntomas*
  - Dolores musculares o corporales
  - Náuseas, vómitos o diarrea; Fatiga, cuando se combina con otros síntomas
  - Congestión o secreción nasal (que no se debe a otras causas conocidas, como las alergias) *cuando se combina con otros síntomas.*
- Si mi hijo/a o un familiar directo da positivo a la prueba de COVID-19, mi hijo/a se quedará en casa hasta que se le autorice volver a la escuela.
- Recogeré a mi hijo de la escuela si se enferma o si tiene un contacto cercano con alguien de la escuela que se identifique como portador de COVID-19.
- Me pondré en contacto con el maestro/escuela de mi hijo si no puede asistir a la escuela en persona o si surgen otros retos para que podamos trabajar juntos y resolverlos.
- Mi hijo/a y yo nos adherimos y apoyamos las pautas del [plan de regreso a la escuela de Holyoke](#).

#### ***Si/cuando mi hijo asiste a la escuela en persona***

- Seré un ciudadano responsable y haré todo lo posible para seguir las [directrices de salud y seguridad](#) de MA.
  - Usare una mascarilla que me cubra la boca y nariz.
  - Distancia social de otros que no están en mi círculo inmediato.
  - Lavare mis manos y utilizaré con frecuencia el desinfectante de manos.
  - Evitaré las reuniones grandes y respetaré los requisitos de las órdenes de viaje.
  - Mantendré vacunas al día y que mis hijos en edad escolar se vacunen contra la gripe - requerida para el 31 de diciembre, a menos que se proporcione una exención médica o religiosa.

**\*Contacte a la [enfermera de la escuela](#) si su hijo o un miembro de la familia tiene o puede tener COVID-19.\***

**Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_**