

Lista de Verificación de pre-Visita de la Intervención Temprana de Nueva Jersey

Fecha de hoy: _____

En respuesta a la pandemia COVID-19, el Sistema de Intervención Temprana de Nueva Jersey (NJEIS, por sus siglas en Inglés) está tomando mayores precauciones para disminuir la propagación del virus y al mismo tiempo proporcionar apoyo y servicios de calidad a nuestros niños y familias. Para proteger la salud y el bienestar de los niños y las familias a nuestro cuidado, junto con la precaución por la seguridad de los profesionales de NJEIS, NJEIS ha implementado este Formulario de Sesión Diaria para ser utilizado y firmado antes de cualquier servicio, evaluación o reunión proveído por NJEIS que se proporcione en persona en su hogar u otra ubicación de la comunidad. Las familias deben completar este formulario para cada practicante y cada visita (terapia, evaluación o reunión). Las familias y los profesionales están obligados a responder a todas las preguntas con "NO" para que se proporcionen los servicios de NJEIS. Como alternativa, se pueden proporcionar servicios de telemedicina si las preguntas del cribado que están a continuación indican un riesgo de transmisión del COVID-19. El NJEIS se compromete a hacer todo lo posible para satisfacer las necesidades de nuestras familias y agradecerle de antemano por su cooperación y cumplimiento.

Autocomprobación diaria del practicante y certificación de la información Nombre de la/el

Practicante : _____

Preguntas de examinación	NO	SI
¿Tiene usted hoy una temperatura de 100.4 o superior?		
¿Tiene usted o algún miembro de su hogar algún signo de enfermedad, como tos, dificultad para respirar, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta, pérdida de sabor/		
¿Ha viajado usted o algún miembro de su hogar a un estado o país que requiera auto cuarentena hasta 10 días según las recomendaciones actuales del Departamento de Salud? 24 de diciembre de 2020 https://covid19.nj.gov/faqs/nj-information/travel-and-transportation/are-there-travel-restrictions-to-or-from-new-jersey#direct-link		
¿Está usted o algún miembro de su hogar bajo evaluación de COVID-19 (por ejemplo, esperando los resultados de una prueba viral para confirmar la infección?)		
¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar diagnosticado con COVID-19 y aún no ha sido autorizado para interrumpir el aislamiento?		

Firma de la/el practicante: _____

Autocomprobación familiar y certificación de la información

Nombre de Familia/Niño/Niña: _____

Preguntas de examinación	NO	SI
¿Tiene usted hoy una temperatura de 100.4 o superior?		
¿Tiene usted o algún miembro de su hogar algún signo de enfermedad, como tos, dificultad para respirar, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta, pérdida de sabor/olor?		
¿Ha viajado usted o algún miembro de su hogar a un estado o país que requiera auto cuarentena hasta 10 días según las recomendaciones actuales del Departamento de Salud? 24 de diciembre de 2020 https://covid19.nj.gov/faqs/nj-information/travel-and-transportation/are-there-travel-restrictions-to-or-from-new-jersey#direct-link		
¿Está usted o algún miembro de su hogar bajo evaluación de COVID-19 (por ejemplo, esperando los resultados de una prueba viral para confirmar la infección?)		
¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar diagnosticado con COVID-19 y aún no ha sido autorizado para interrumpir el aislamiento?		

Firma de padre/madre/tutor legal: _____