



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 telesalud 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
<i>¿Tiene usted hoy una temperatura de 100.4 o superior?</i>		
<i>¿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?</i>		
<i>¿Ha viajado usted o algún miembro de su hogar a un estado o país que tenga una cuarentena obligatoria por parte del Gobernador de NJ dentro de los 14 días anteriores a hoy?</i>		
<i>¿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?)</i>		
<i>¿Ha Sido usted o algún miembro de su hogar diagnosticado con COVID-19 y aún no ha sido autorizado para interrumpir el aislamiento?</i>		

Firma de la/el practicante _____

Autocomprobación familiar y certificación de la información

Nombre de Familia/Niño/Niña _____

Preguntas de examinación	NO	SI
<i>¿Tiene usted, su hijo(a) o algún miembro de su familia hoy una temperatura de 100.4 o superior?</i>		
<i>¿Tiene usted, su hijo(a) o cualquier miembro de su hogar algún signo de enfermedad, como tos, dificultad para respirar, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta, pérdida de sabor/olor?</i>		
<i>¿Ha viajado usted, su hijo o algún miembro de su hogar a un estado o país que tenga una cuarentena obligatoria por parte del Gobernador de NJ dentro de los 14 días anteriores a hoy?</i>		
<i>¿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?)</i>		
<i>¿Ha Sido usted o algún miembro de su hogar diagnosticado con COVID-19 y aún no ha sido autorizado para interrumpir el aislamiento?</i>		

Firma de padre/madre/tutor legal _____

August 14, 2020