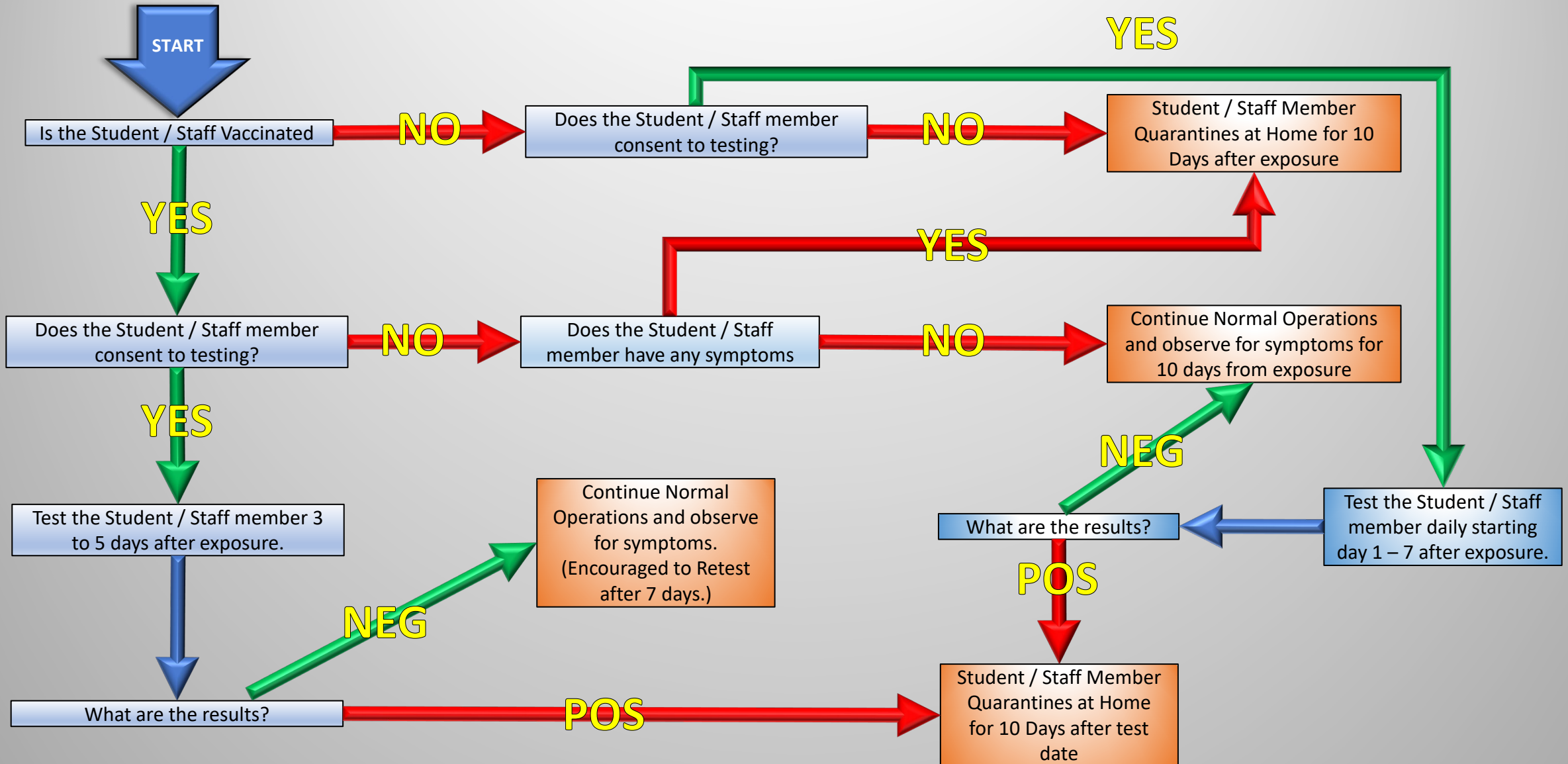


Close contact is defined as anyone that has been within 6 feet for 10 or more cumulative minutes of a person with COVID-19 while unmasked.

USD 475 COVID PROTOCOL DECISION MATRIX

Student / Staff Exposed to Positive Covid-19 Patient



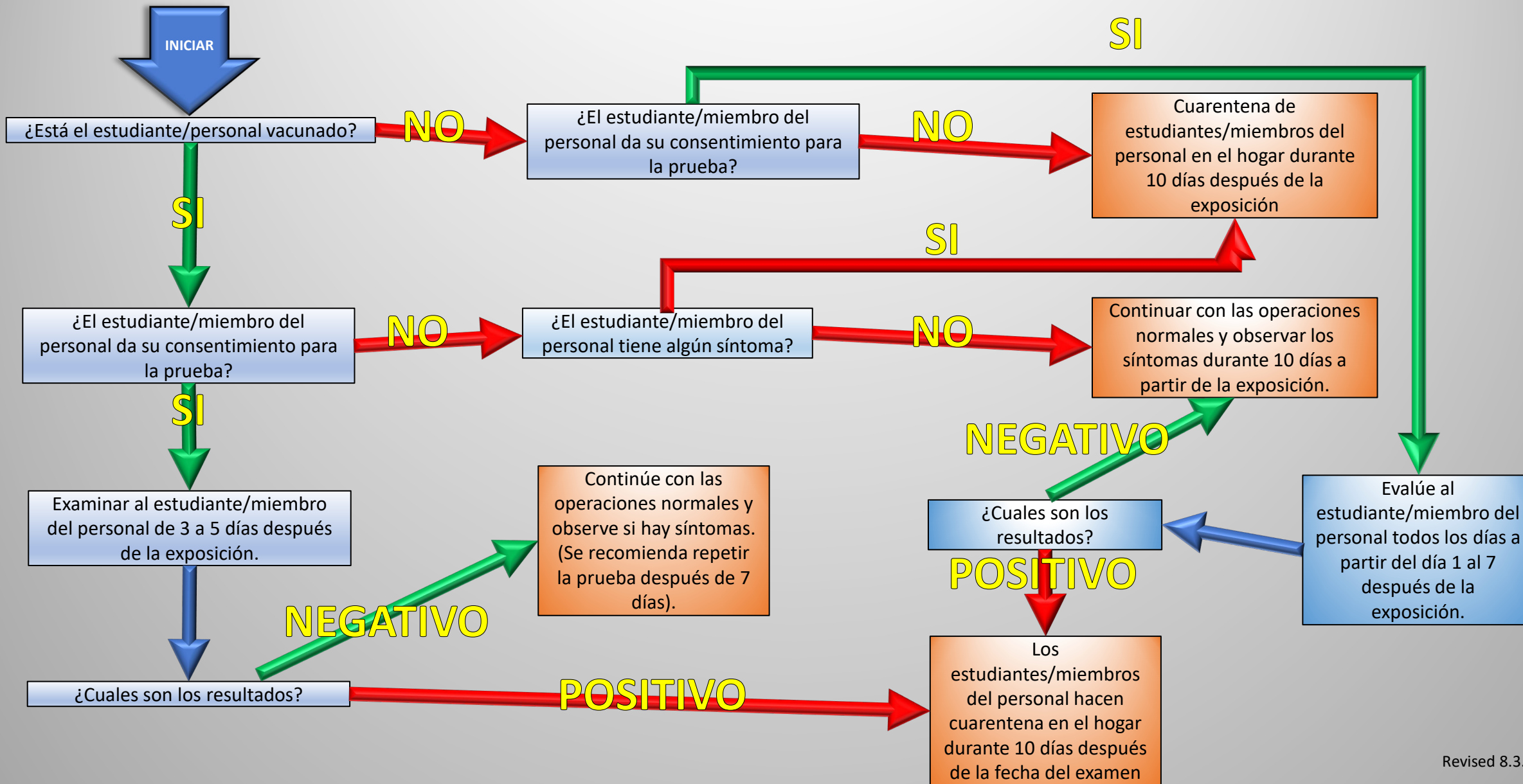
Definitions of Terms in slide

- **Close Contact**-A person who has been less than 6 feet for more than 10 minutes, UNMASKED
- **Vaccinated**- A person who has had both vaccinations and is 14 days post second vaccination
- **Staff Member**-Any person who works for USD 475, this can be ABM and busing staff or other affiliates.
- **Student**-Any student within the USD 475 schools ECC through High School
- **Testing**- Nasal swab for quick antigen testing.
- **What are the signs and Symptoms of COVID**-People with COVID-19 may experience the following symptoms: fever or chills, cough, 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, and Diarrhea.

El contacto cercano se define como cualquier persona que haya estado dentro de 6 pies durante 10 minutos o más acumulativos de una persona con COVID-19 mientras estaba sin máscara.

MATRIZ DE DECISIÓN DEL PROTOCOLO COVID DE USD 475

Estudiante/personal expuesto a un paciente positivo de Covid-19



Definiciones de términos en la diapositiva

- **Contacto cercano:** una persona que ha estado a menos de 6 pies durante más de 10 minutos, SIN MASCARA
- **Vacunado:** una persona que ha recibido ambas vacunas y está 14 días después de la segunda vacuna.
- **Miembro del personal:** cualquier persona que trabaje para USD 475, esto puede ser personal de ABM y de transporte u otros afiliados.
- **Estudiante:** cualquier estudiante dentro de las escuelas de USD 475 desde ECC hasta la escuela secundaria
- **Pruebas:** hisopo nasal para pruebas rápidas de antígenos.
- **¿Cuáles son los signos y síntomas de COVID?** Las personas con COVID-19 pueden experimentar los siguientes síntomas: fiebre o escalofríos, tos, falta de aire o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos y diarrea.



Learning For All • Whatever It Takes

USD 475 Geary County Schools Test to Stay and Learn

USD 475 is pleased to offer the ***Test to stay and Learn*** program for our students and staff in Geary County Schools. This program was developed by the Kansas Department of Health and Environment (KDHE) to keep students in school and to avoid quarantine when considered a close contact of a COVID-19 case. It also allows schools to identify positive COVID-19 cases earlier to reduce transmission of the virus. The ***Test to Stay and Learn*** program is free of charge and available at all Geary County schools. If a quarantined student or staff opt out, they will be required to quarantine for ten days. Below are the details of this program:

- A waiver will need to be signed to allow trained personnel to perform testing. Once signed, this waiver will be active for the 2021-2022 school year.
- Staff/students may utilize testing if they are exhibiting COVID-19 symptoms at any time.
- Student/staff will have a nasal swab test that is performed by trained personnel daily while in school until the student/staff has completed the seventh-day post-contact.
- If the test is negative the student/staff will be permitted to stay at school for the day.
- If the test is positive the student/staff will be required to isolate for 10 days.
- It is important to watch for signs and symptoms of COVID-19 because students/staff could exhibit symptoms 2-14 days after exposure to the virus. Symptoms may include fever or chills, cough, 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, and diarrhea.
- If students/staff choose to access the ***Test to Stay and Learn*** program, they should contact their school nurse or COVID team represented at the building for daily testing. Each building will have different procedures they follow.



Learning For All • Whatever It Takes

Escuelas del condado de Geary USD 475 Prueba para permanecer y aprender

USD 475 se complace en ofrecer el programa ***Prueba para permanecer y aprender*** para nuestros estudiantes y personal en las escuelas del condado de Geary. Este programa fue desarrollado por el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (KDHE) para mantener a los estudiantes en la escuela y evitar la cuarentena cuando se considera un contacto cercano de un caso de COVID-19. También permite que las escuelas identifiquen antes los casos positivos de COVID-19 para reducir la transmisión del virus. El programa ***Prueba para permanecer y aprender*** es gratuito y está disponible en todas las escuelas del condado de Geary. Si un estudiante o personal en cuarentena opta por no participar, se le pedirá que se ponga en cuarentena durante diez días. A continuación, se muestran los detalles de este programa:

- Será necesario firmar una exención para permitir que el personal capacitado realice las pruebas. Una vez firmada, esta exención estará activa para el año escolar 2021-2022.
- El personal/estudiantes pueden utilizar las pruebas si presentan síntomas de COVID-19 en cualquier momento.
- El estudiante/personal se someterá a una prueba de frotis nasal que será realizada por personal capacitado diariamente mientras está en la escuela hasta que el estudiante/personal haya completado el séptimo día posterior al contacto.
- Si la prueba es negativa, se le permitirá al estudiante/personal quedarse en la escuela por el día.
- Si la prueba es positiva, se requerirá que el estudiante/personal se aisle durante 10 días.
- Es importante estar atento a los signos y síntomas de COVID-19 porque los estudiantes/el personal pueden presentar síntomas de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir fiebre o escalofríos, tos, falta de aire o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos y diarrea.
- Si los estudiantes/personal optan por acceder al programa ***Prueba para permanecer y aprender***, deben comunicarse con la enfermera de la escuela o el equipo de COVID representado en el edificio para las pruebas diarias. Cada edificio tendrá diferentes procedimientos que seguirán.



Learning For All • Whatever It Takes

USD 475 Geary County Schools
COVID Response Team

Consent to COVID-19 Test

Please carefully read and provide written acknowledgment of the following informed consent:

- I authorize a COVID-19 testing administrator associated with Geary County Schools, local health department or state health department to conduct collection and testing for COVID-19 through a saliva sample, nasal or nasopharyngeal swab collection as deemed appropriate for the purpose of:
 - My student is exhibiting symptoms that can be associated with the COVID-19 virus.
 - My student is considered a close contact and desires to stay and learn.
 - My student is considered a close contact and desires to stay and play.
- I understand by signing this document that I am giving permission for diagnostic screening to be conducted as needed during the 2021-2022 school year or until I have notified the school, in writing, that my consent is being withdrawn. Parents will be notified if the school believes there is a need.
- I authorize my test result, or the test result of my child if my child is under the age of 18 years, to be disclosed to the county, state, or to any other governmental entity as may be required by law.
- I understand that, as with any medical test, there is the potential for a false positive or false negative COVID-19 test result.
- I give permission for the Geary County Health Dept. and/or USD 475 to contact me using non-secure methods (e-mail or phone) regarding this COVID-19 test result, and I understand the risks involved.

Student(s) Name: _____

(If giving consent for more than one student please add names below.)

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____



USD 475 Geary County Schools
Equipo de Respuesta Para COVID

Consentimiento para la prueba de COVID-19

Por favor, lea atentamente y proporcione una firma para el siguiente consentimiento informado:

- Autorizo a un administrador de pruebas de COVID-19 asociado con las Escuelas del Condado Geary, el departamento de salud local o el departamento de salud estatal a realizar la recolección y prueba de COVID-19 a través de una muestra de saliva, una colección de hisopos nasales o nasofaríngeos según se considere apropiado para el propósito de:
 - Mi estudiante está exhibiendo síntomas que pueden estar asociados con el virus COVID-19.
 - Mi estudiante es considerado un contacto cercano y desea quedarse y aprender.
 - Mi estudiante es considerado un contacto cercano y desea quedarse y jugar.
- Entiendo al firmar este documento que estoy dando permiso para que el examen de diagnóstico se realice según sea necesario durante el año escolar 2021-2022 o hasta que haya notificado a la escuela, por escrito, que se está retirando mi consentimiento. Los padres serán notificados si la escuela cree que hay una necesidad.
- Autorizo que el resultado de mi prueba, o el resultado de la prueba de mi hijo, si mi hijo es menor de 18 años, se revele al condado, estado o a cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.
- Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un falso positivo o falso negativo en el resultado de la prueba de COVID-19.
- Doy permiso para que el Departamento de Salud del Condado de Geary y/o USD 475 se comuniquen conmigo utilizando métodos no seguros (correo electrónico o teléfono) con respecto a este resultado de la prueba de COVID-19, y entiendo los riesgos involucrados.

Nombre del (de los) estudiante(s): _____

Si da su consentimiento para más de un estudiante, por favor agregue los nombres a continuación:

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____