



## Lista de Líneas de Contacto y Casos de COVID-19 para el Sector Educativo

El sector educativo incluye centros de educación y cuidado infantil con licencia, escuelas de K-12 y programas que atienden a niños en edad escolar, e institutos de educación superior. Los programas que atienden a niños en edad escolar incluyen: oficinas y lugares de trabajo de los distritos escolares de K-12, programas de guardería para niños en edad escolar, campamentos, programas deportivos para jóvenes y programas de parques y recreación

### DICCIONARIO DE DATOS DE LISTA DE LÍNEAS

Fecha de esta version: Enero 7, 2021 v2

Tengo en cuenta que todos las preguntas marcados con un asterisco (\*) son requeridos.

Información de la institución y del punto de contacto	
Tipo de Institución*	Cuidado y educación temprana Cuidado de niños en casa de familia Oficina / Lugar de trabajo del distrito K-12 Escuela de K-12 - Charter Escuela de K-12 - Privada Escuela de K-12 - Pública Programa de deportes juveniles en escuela de K-12 Guardería para niños en edad escolar - Escuela de K-12 Guardería para niños en edad escolar No es parte de la escuela K-12 Programa de deportes juveniles no es parte de la escuela K-12 Parques y recreación Campamento Institutos de Educación Superior
Distrito Escolar de K-12 (si aplica)*	
Nombre de la Institución*	
Dirección de la Institución*	
Cuidad de la Institución*	
Codigo Postal de la Institución*	
INFORMACIÓN DEL CONTACTO	
Nombre de la persona de contacto*	
Apellido*	
Correo electronico*	
Tipo de número de teléfono principal*	
Telefono principal*	10 dígitos
Información de Casos Afiliados son los sitios Educativos	

Lista de Líneas de Contacto y Casos de COVID-19 para el Sector Educativo

Los sitios educativos deben notificar a Salud Pública de todos los casos de COVID-19 confirmados por laboratorio entre los empleados, estudiantes, y niños que estuvieron en el sitio en cualquier momento dentro de los 14 días anteriores a enfermarse.

La fecha de inicio de la enfermedad es la primera fecha de los síntomas de COVID-19. Si el caso no presenta síntomas, la fecha de inicio de la enfermedad es la fecha de la prueba de COVID-19.

Las personas con COVID-19 que no estuvieron en el sitio educativo durante este período de tiempo (14 días anteriores a enfermarse) no es requerido que sean reportadas, al menos que sea reporte de la muerte de un individuo que tenía la enfermedad de COVID-19 y estaba afiliado al sitio educativo.

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido del Caso*	
Nombre del Caso*	
Fecha de Nacimiento del Caso*	
Genero del caso*	Masculino Femenino Femenino a Masculino/Transgenero Masculino a Femenino/Transgenero No binario/No conforme Se negó a decir No se sabe Otro (especifique en notas)
Raza/Grupo etnico del caso*	Blanco Negro/Afro Americano Asiatico Nativo Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawaii/Otras Islas de Pacifico Latinx/Hispano Se negó a decir No se sabe Otro (especifique en notas)
Dirección del Caso	
Ciudad del Caso	
Codigo Postal del Caso	
¿Estaba el caso durmiendo en la calle, en un refugio, vehículo, carpa, campamento o haciendo surf en el sofá en el momento de la prueba?	Si No
Condado donde vive del Caso	Los Angeles Pasadena Long Beach

	Orange County Riverside San Bernardino Kern Ventura Otro (especifique en notas)
Numero de Telefono del Caso	10 digitos
<b>DETALLES DE EXPOSICIÓN DEL AJUSTE EDUCATIVO</b>	
Afiliación del caso al centro educativo	Niño/estudiante Personal/empleado Visitante del centro educativo Ninguna relación con el centro educativo (especifique en notas) Otro (especifique en notas)
Clasificación del personal de trabajo	Maestro/Facultad/Asistente de Maestro Asistente en el campo educativo Servicios de Alimento Servicios de custodia Terreno / Mantenimiento Personal de Oficina Transportación Seguridad Publica Deportes/Atletismo Personal de Recreación Otro (especifique en notas)
Sitio de exposición en el ambiente educativo* (Seleccione todos las que correspondan)	Salón de clases / Sala de conferencias Deportes / Atletismo - Interior Deportes / Atletismo - Exterior Dormitorio / Residencia Transporte (por ejemplo, autobús, viaje compartido) Cafetería / Área de almuerzo - Interior Cafetería / Área de almuerzo - Exterior Sala de descanso Espacios comunes - Interior Espacios comunes - Exterior Alojamiento para grupos fuera del campus Patio de recreo – Interior Patio de recreo - Exterior Otro (especifique en notas)

Posibles factores asociados con la transmisión en el sitio educativo	Socializando en el campo educativo Socializando fuera del campo educativo Medio de transporte Espacio compartido en el campo (ejemplo: oficina, salón de clase, cuarto de reuniones) Uso inconsistente de cubierta facial Distanciamiento Social inconsistente No cumplía con los protocolos de división de grupo En general, no cumplía con los protocolos de seguridad No se sabe/no aplica Otro (especifique en notas)
<b>DETALLES DE LA EXPOSICIÓN FUERA DEL ENTORNO EDUCATIVO</b>	
Exposición conocida a COVID-19 fuera del entorno educativo o Viaje recientemente	Ninguno Viaje recientemente (incluya la ubicación y las fechas en las notas) Miembro del Hogar Familiar, pero no vive en la hogar Amigo/conocido que no vive en el hogar No sabe Otro tipo de exposición (especifique en notas)
Vínculos de casos	Ingrese el número de caso de otros casos con los que este caso interactuó en el sitio
<b>DETALLES DE ENFERMEDAD</b>	
Síntomas (Seleccione todos las que correspondan)	Fiebre Nueva pérdida de gusto / olfato Nueva tos Escalofríos Dificultad para respirar Fatiga Congestión / secreción nasal Músculos / dolores corporales Dolor de cabeza Dolor de garganta Náuseas / vómitos Diarrea Otro (especifique en notas)
Día que comenzaron los síntomas* (deje en blanco si no tuvo síntomas)	___ / ___ / _____  MM/DD/YYYY

Ultimo día en el centro educativo*	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY
Fecha de la prueba de COVID-19*	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY
Tipo de prueba de COVID-19	Antígeno - Rápido Molecular (por ejemplo, PCR): basado en laboratorio Molecular (por ejemplo, PCR) – Rápido Prueba casera/Prueba rápida de antígeno sin receta médica Otro (especifique en notas) No se sabe
Prueba positiva de COVID-19	Si No Se negó a decir No se sabe
Día que comenzo el aislamiento	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY
<b>DETALLES DEL ESTADO DE VACUNACIÓN COVID-19</b>	
¿El caso positivo ha recibido la vacuna contra el COVID-19?*	Si No Se negó a decir No se sabe
Si fue vacunado, ¿cuántas dosis recibió?	Una dosis Dos dosis Dos dosis más dosis de refuerzo Se negó a decir No se sabe
¿Cual vacuna recibio?	Pfizer-BioNTech Moderna AstaZeneca Janssen Novavax Unknown Otro (especifique en notas)
Fecha de la primera dosis de la vacuna	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY

Fecha de la segunda dosis (si aplica)	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY
If Hospitalized, Record Admit date // ¿Si esta hospitalizado, que fecha fue admitido?	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY
¿Si fallecio, fecha de fallecimiento?	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY
Notas	Por favor, use esta columna para especificar detalles adicionales
<b>Case vCMR ID (solo para uso de DPH)</b>	
Información de los padres para casos menores de 18 años, SOLO SI ES DIFERENTE del niño*	
Nombre de padre/madre*	
Apellido de padre/madre*	
Dirección de padre/madre*	
Ciudad de padre/madre*	
Código postal padre/madre*	
Número de Teléfono de padre/madre	10 dígitos
<b>Entorno educativo Información de contacto cercano de afiliados</b>	
<p>Un contacto cercano* es un individuo con al menos una de las siguientes exposiciones a una persona confirmada por una prueba de laboratorio con COVID-19 en el centro educativo durante el período infeccioso. El período infeccioso comienza 2 días antes de la aparición de los síntomas o, si la persona infectada no tenía síntomas, comienza 2 días antes de la fecha de la prueba de COVID-19.</p> <p>(1) Estar a menos de 6 pies de distancia de una persona confirmada por una prueba de laboratorio de tener COVID-19 por 15 minutos o más dentro de 24 horas;</p> <p>(2) Tener contacto directo sin protección con secreciones o excreciones infecciosas de una persona confirmada por una prueba de laboratorio con COVID-19 (por ejemplo, que alguien tosa o estornude sobre otros, compartir utensilios o saliva, o cuidar a otros sin usar el equipo de protección apropiado);</p> <p>*Personas vacunadas quienes han estado en contacto cercano con un caso confirmado deben ser incluidas en esta lista. Sin embargo, estas personas no se les requirirá estar en cuarentena o hacer la prueba de COVID-19, si cumplen con estos criterios: (1) están completamente vacunados (es decir, <math>\geq 2</math> semanas después de recibir la segunda dosis en una serie de vacunas COVID-19 de 2 dosis o <math>\geq 2</math> semanas después</p>	

de recibir la vacuna de COVID-19 de una sola dosis y (2 ) han permanecido asintomáticos desde el último contacto con la persona infectada.

Tenga en cuenta que si el caso no estuvo en el lugar durante su período infeccioso, no es necesario incluir información de contacto cercano.

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE CONTACTO CERRADO

Agregue el numero de caso de la persona en la lista de líneas de casos con quien tuvo contacto cercano	Indicar por número de caso asignado en la sección de lista de líneas de casos. No use iniciales ni nombres
Apellido del contacto*	
Nombre del contacto*	
Fecha de Nacimiento del contacto	__ __ / __ __ / __ __ __ __ MM/DD/YYYY
Genero del contacto	Masculino Femenino Femenino a Masculino/Transgenero Masculino a Femenino/Transgenero No binario/No conforme Se negó a decir No se sabe Otro (especifique en notas)
Raza/Grupo etnico del contacto	Blanco Negro/Afro Americano Asiatico Nativo Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawaii/Otras Islas de Pacifico Latinx/Hispano Se negó a decir No se sabe Otro (especifique en notas)
Dirección del contacto	
Ciudad del contacto	
Codigo postal del contacto	
¿Estaba el contacto durmiendo en la calle, en un refugio, vehículo, carpa, campamento o haciendo surf en el sofá en el momento de la exposición?	Si No
Condado donde vive del contacto	Los Angeles Pasadena

	Long Beach Orange County Riverside San Bernardino Kern Ventura Otro (especifique en notas)
Numero de Telefono del contacto	10 digitos
<b>DETALLES DE EXPOSICIÓN DEL AJUSTE EDUCATIVO</b>	
Relación con el centro educativo	Niño/estudiante Personal/empleado Visitante del centro educativo Ninguna relación con el centro educativo (especifique en notas) Otro (especifique en notas)
Clasificación de Empleo	Maestro/Facultad/Asistente de Maestro Asistente en el campo educativo Servicios de Alimento Servicios de custodia Terreno / Mantenimiento Personal de Oficina Transportación Seguridad Publica Deportes/Atletismo Personal de Recreación Otro (especifique en notas)
Sitio de exposición en el ambiente educativo* (Seleccione todos las que correspondan)	Salón de clases / Sala de conferencias Deportes / Atletismo - Interior Deportes / Atletismo - Exterior Dormitorio / Residencia Transporte (por ejemplo, autobús, viaje compartido) Cafetería / Área de almuerzo - Interior Cafetería / Área de almuerzo – Exterior Sala de descanso Espacios comunes - Interior Espacios comunes - Exterior Alojamiento para grupos fuera del campus Patio de recreo - interior Patio de recreo - exterior Otro (especifique en notas)



Posibles factores asociados con la exposición en el sitio educativo	Cercanía del salón/grupo escolar Cercanía en el lugar de trabajo Cercanía en el receso/áreas comunes Cercanía en actividades atléticas Cercanía en reuniones sociales Cercanía en el medio de transporte No se sabe/no aplica Otro (especifique en notas)
<b>DETALLES DE LA EXPOSICIÓN FUERA DEL ENTORNO EDUCATIVO</b>	
¿Se sabe si hubo exposición al COVID-19 fuera del centro educativo?	Ninguno Miembro del Hogar Familiar, pero no vive en el hogar Amigo/conocido que no vive en el hogar No se sabe Otro (especifique en notas).
Ultimo día de exposición en el centro educativo*	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY
<b>DETALLES DE CUARENTENA</b>	
Síntomas (Seleccione todos las que correspondan)	Fiebre Nueva pérdida de gusto / olfato Nueva tos Escalofríos Dificultad para respirar Fatiga Congestión / secreción nasal Músculos / dolores corporales Dolor de cabeza Dolor de garganta Náuseas / vómitos Diarrea Otro (especifique en notas)
Día que comenzaron los síntomas (deje en blanco si no tuvo síntomas)	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY
Fecha de la prueba de COVID-19	___ / ___ / _____ MM/DD/YYYY
Tipo de prueba de COVID-19	Antígeno – rápido Molecular (por ejemplo, PCR): basado en laboratorio Molecular (por ejemplo, PCR) - Rápido

	Otro (especifique en notas) No se sabe
Resultados de la prueba de COVID-19 (si se prueba)	Positivo Negativo No esta determinado Pendiente Se negó a decir No se sabe
Fecha que comenzo la cuarentena	___ / ___ / _____  MM/DD/YYYY
¿Participa en la cuarentena modificada?	Si No
<b>DETALLES DEL ESTADO DE VACUNACIÓN COVID-19</b>	
¿El contacto ha recibido la vacuna del COVID-19?	Si No Se negó a decir No se sabe
Si está vacunado, ¿cuántas dosis se le dieron?	Una dosis Dos dosis Dos dosis más dosis de refuerzo Se negó a decir No se sabe
¿Cual vacuna recibio?	Pfizer-BioNTech Moderna AstaZeneca Janssen Novavax Otro (especifique en notas)
Fecha de la primera dosis de la vacuna	___ / ___ / _____  MM/DD/YYYY
Fecha de la segunda dosis (si aplica)	___ / ___ / _____  MM/DD/YYYY
Si esta hospitalizado, que fecha fue admitido	___ / ___ / _____  MM/DD/YYYY
Si fallecio, fecha en que fallecio	___ / ___ / _____

	MM/DD/YYYY
Notas	<i>Por favor utilice esta columna para especificar detalles adicionales</i>
Case vCMR ID (DPH use)	
Contact vCMR ID (DPH use)	
<i>Información de los padres para los contactos menores de 18 años, SOLO SI ES DIFERENTE del niño</i>	
Nombre de padre/madre	
Apellido de padre/madre	
Dirección de padre/madre	
Ciudad de padre/madre	
Código postal de padre/madre	
Número de Teléfono de padre/madre	10 dígitos