



1109 State St. Bowling Green, KY 42102 (270) 781-8039

ACUERDO DE AISLAMIENTO Y MOVIMIENTO CONTROLADO

Yo, _____, entiendo que he estado diagnosticado con el COVID-19, y acepto la autoridad otorgada al Departamento de Salud del Distrito de Barren River (Barren River District Health Department (BRDHD)) en KRS 211.180, 214.020, 902 KAR 2:030, 902 KAR 2:050, a requerirme a cumplir las siguientes medidas de control que son razonables y necesarias para prevenir la introducción, transmisión y propagación del COVID-19 en este estado, las cuales son efectivas inmediatamente y duran hasta que el BRDHD me avisen y digan que ellas son suprimidas:

1. Comunicaré con el departamento de salud (BRDHD) diariamente. Durante cada comunicación, yo proporcionaré mi temperatura y cualquier síntoma que ando presentando. Yo avisaré al departamento de salud (BRDHD) si mis síntomas están mejorando o empeorando. Me tomaré la temperatura aproximadamente a la misma hora cada día.
2. Si necesito buscar el cuidado médico, primeramente, lo llamaré y les avisaré que tengo el COVID-19. Esto lo ayudará a los personales de la oficina protegerse y proteger a otros pacientes también. En el caso de que mi condición requiere una asistencia médica inmediata, avisaré al departamento de emergencias más cercano y lo informaré de mi estatus antes de que me transportan a esa instalación.
3. Mientras yo no requiera la hospitalización, me aislaré en casa, reduciendo el contacto con todos otros lo máximo que se pueda por la duración de mis síntomas y hasta que el departamento de salud (BRDHD) me libere de mi aislamiento. No saldré de la casa. No trabajaré, no iré a la escuela ni iré a ninguna ubicación pública durante mi periodo de aislamiento. No viajaré por ninguna forma de transporte pública o comercial.

Mientras que estoy en casa, me quedaré en un 'cuarto de enfermo' específico u otro espacio donde me puedo aislar de otras personas o animales, incluso las mascotas. Cuando sea posible, me comeré en mi cuarto/lugar aislado y usaré un baño separado. Me limpiaré y desinfectaré mi espacio y le dejaré que a otra persona en la casa se limpie y desinfecte los otros lugares compartidos en la casa. De este modo, disminuiré el riesgo de que otras personas que viven en la casa se quedan expuestas mientras que estoy infeccioso. Así pueden comenzar sus 14 días de cuarentena.

Cuando estas medidas no se pueden alcanzar, los miembros de mi casa están en riesgo de la exposición continuada, lo cual requiere que su aislamiento dura hasta que me recupere y entonces por 14 días adicionales. En el caso de que necesito un cuidador, yo entiendo que no debería ser una persona que tiene mucho riesgo de sufrir una enfermedad severa por el COVID-19: Ellos incluyen las personas mayores de 60 años y las personas con antecedentes y condiciones médicas serias como el asma, la diabetes, las enfermedades del corazón/los riñones/los pulmones/el hígado, la obesidad severa, la anemia drepanocítica, la talasemia o condiciones del sistema inmunológico (los inmunodeprimidos) ([cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higher-risk.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higher-risk.html)). Se recomienda que los cuidadores sigan la guía del CDC para limitar el riesgo de exposición y para protegerles y otros (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>).

4. Yo entiendo que si no puedo cumplir o no cumpliré con todas de las medidas de control mencionadas en las secciones 1 a 3, el departamento de salud (BRDHD) puede obtener una orden judicial del tribunal de circuito del candado residente para hacerle cumplir los términos de este acuerdo.
5. El tribunal de circuito del candado residente tiene jurisdicción sobre esta acción en cumplimiento de KRS 211.230.
6. El departamento de salud (BRDHD) reevaluará este acuerdo antes de determinar cuando el periodo de aislamiento se puede alcanzar.

Este acuerdo vencerá 21 días después de su emisión. Este acuerdo fue presentado a

_____ en este día _____ de este mes _____,
2020.

Firma de persona designada de la Salud Pública:

Matthew L Hunt

Nombre impreso de la persona designada de la Salud Pública: MATTHEW L HUNT, ED.D

Firma del individuo aislado _____

Fecha de firmar _____

Nombre impreso del individuo aislado _____

SAMPLE
DOCUMENT