



Isolation Order



Lexington-Fayette County Health Department

Infectious Disease
650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508-1197
(859) 288-2437
(859) 288-7512 Fax

SELF-ISOLATION AND CONTROLLED MOVEMENT AGREED ORDER

I, [REDACTED] understand that I have tested positive for coronavirus disease 2019 ("COVID-19").

I acknowledge the authority granted to the Lexington-Fayette Urban County Health Department (LFCHD) as set forth in, but not limited to, KRS 212.210, 212.240, KRS 212.245, KRS 212.627, 902 KAR 2:030, 902 KAR 2:050, Lexington-Fayette County, Ky. Code 11-15 and 11-21.

I acknowledge that the aforementioned sample test results means that I am infected with COVID-19, and that I am a source of infection of a communicable disease, specifically COVID-19, and that the spread of said infection would create a serious risk and injury to the health of those individuals with whom I come into contact as well as the public at large.

Pursuant to the foregoing, I agree to and confirm that LFCHD has the authority to require me to implement the following control measures, which are reasonable and necessary to prevent the introduction, transmission and spread of COVID-19, and that said measures are effective immediately and until (a) notified by LFCHD that these measures are lifted or (b) the expiration of this Agreed Order, whichever occurs first:

1. I will confine myself to the dwelling located at [REDACTED] (the "Premises").
2. I understand LFCHD will check in with me daily and it is my responsibility to answer the call when received from LFCHD personnel. During each check-in, I will provide my temperature and any symptoms I am experiencing. I will notify LFCHD if my symptoms are improving or getting worse. I will take my temperature at approximately the same time each day. If I fail to perform one daily check-in as described in this paragraph, I acknowledge that LFCHD has the right to enter the Premises and verify the foregoing symptomatic information.
3. If my symptoms are getting worse and I feel that I need to receive health services, I will contact my medical provider. In the event that my condition requires immediate medical assistance, I will call 911 and inform them of the terms of this Order and my infection with COVID-19 before transport to that facility. When appropriate, I will notify LFCHD of my emergency.
4. As long as I do not require emergency medical services, I will self-isolate at the Premises, reducing contact with all others as much as is practicable, for the duration of my symptoms and until LFCHD releases me from self-isolation. I will not leave the Premises without the approval of LFCHD. I will not work, attend school, or go to any public location during this time.
5. I will not travel outside of Fayette County without the prior approval of LFCHD.
6. I will not travel by any public, commercial, or healthcare conveyance such as ambulance, bus, taxi, airplane, train, or boat without the prior approval of LFCHD, unless required for emergency medical treatment.
7. I will restrict access to all visitors that have not been approved by LFCHD, and I will promptly notify LFCHD of any non-approved visitors with whom I come into contact.
8. I will notify all family members that are also household contacts (those that live with you) that they must quarantine for fourteen (14) days from the last known exposure to you while you are infectious. If you isolate away from your family members as set forth herein, the fourteen (14) day quarantine period for them will begin on the last date you were infectious and in contact with them. If you do not self-isolate from them, the quarantine period for your household family members will extend to fourteen (14) days after you receive your release from self-isolation from LFCHD.
9. I will further notify all friends, coworkers and any others who I have been in close contact with during my infectious period that they should self-quarantine.
10. I acknowledge that if I cannot or will not comply with all of the control measures listed in sections 1 through 7, LFCHD and/or the Lexington-Fayette Urban County Board of Health may take subsequent action to enforce the terms of this Agreed Order, which may include filing a potential lawsuit against you in the Fayette Circuit Court.
11. LFCHD shall re-evaluate this order prior to determining when the isolation period may be lifted. When the date that this order will be terminated is determined, appropriate LFCHD personnel will communicate this with you.

This order was presented to [REDACTED] on 01-11-2021.

Signature

Kraig E. Humbaugh, MD, MPH

Commissioner of Health

Lexington-Fayette County Health Department



Lexington-Fayette County Health Department

Infectious Disease
650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508-1197
(859) 288-2437
(859) 288-7512 Fax

CONSENTIMIENTO ACORDADO DE AUTO-AISLAMIENTO Y MOVIMIENTO CONTROLADO

Yo, [REDACTED] entiendo que he dado positivo de la enfermedad del coronavirus 2019 ("COVID-19").

Reconozco la autoridad otorgada al Departamento de Salud del Condado Urbano de Lexington-Fayette (LFCHD) según lo establecido, pero no limitado a, KRS 212.210, 212.240, KRS 212.245, KRS 212.627, 902 KAR 2: 030, 902 KAR 2: 050, Condado de Lexington-Fayette, Ky. Código 11-15 y 11-21.

Reconozco que los resultados de la prueba antes mencionada significan que estoy infectado/a con COVID-19, y que soy una fuente de infección de una enfermedad transmisible, específicamente del COVID-19, y que la propagación de dicha infección crearía un grave riesgo y daño a la salud para aquellas personas con las que puedo estar en contacto, así como también para el público en general.

De conformidad con lo anterior, acepto y confirmo que el LFCHD tiene la autoridad para exigirme la implementación de las siguientes medidas de control, las cuales son razonables y necesarias para prevenir la introducción, transmisión y propagación del COVID-19, y que dichas medidas son efectivas de inmediato. y hasta que: (a) El LFCHD me notifique que levanta estas medidas o (b) El vencimiento de esta Orden Acordada, lo que ocurra primero:

1. Me limitaré a estar confinado(a) en la vivienda ubicada en [REDACTED] (las instalaciones").
2. Entiendo que LFCHD se comunicará conmigo todos los días y que es mi responsabilidad responder la llamada cuando la reciba del personal de LFCHD. Durante cada registro, proporcionaré mi temperatura y cualquier síntoma que esté experimentando. Notificaré a el LFCHD si mis síntomas mejoran o empeoran. Me tomaré la temperatura aproximadamente a la misma hora todos los días. Si no realizo un registro diario como se describe en este párrafo, reconozco que el LFCHD tiene el derecho de ingresar a las instalaciones y verificar la información sintomática anterior.
3. Si mis síntomas empeoran y siento que necesito recibir servicios de atención médica, contactaré a mi proveedor de cuidados médicos. En el caso de que mi condición requiera asistencia médica inmediata, llamaré al 911 y les informaré sobre los términos de esta Orden y sobre mi infección de COVID-19 antes de transportarme a esa instalación. Cuando sea apropiado, notificaré a el LFCHD de mi emergencia.
4. Siempre que no requiera servicios médicos de emergencia, me aislaré en las instalaciones, reduciendo el contacto con todos los demás, tanto como sea posible, durante la duración de mis síntomas y hasta que el LFCHD me libere del autoaislamiento. No saldré de las instalaciones sin la aprobación del LFCHD. No trabajaré, ni asistiré a la escuela o iré a ningún lugar público durante este tiempo.
5. No viajaré fuera del condado de Fayette sin la aprobación previa del LFCHD.
6. No viajaré por ningún medio de transporte público, comercial o de atención médica, como ambulancia, autobús, taxi, avión, tren o barco sin previa aprobación del LFCHD, a menos que sea necesario para recibir tratamiento médico de emergencia.
7. Restringiré el acceso a todos los visitantes que no hayan sido aprobados por el LFCHD, y notificaré de inmediato a el LFCHD sobre cualquier visitante no aprobado con el que me ponga en contacto.
8. Notificaré a todos los miembros de la familia que también sean contactos de mi hogar (aquellos que viven con usted) que deberán permanecer en cuarentena durante catorce (14) días desde la última exposición conocida a mi persona durante el periodo -Si se aísla de los miembros de su familia como se establece en este documento, el periodo de cuarentena de catorce (14) días para ellos comenzará en la última fecha en que fue contagioso y estuvo en contacto con ellos. Si no se autoaisla de ellos, el periodo de cuarentena para los miembros de su hogar se extenderá a catorce (14) días después de recibir su liberación del autoaislamiento por parte del LFCHD.

- 9. Además, notificaré a todos mis amigos, compañeros de trabajo y cualquier otra persona con la que haya estado en contacto cercano durante mi período infeccioso que deberán ponerse en cuarentena.
- 10. Reconozco que si no puedo o decido no cumplir con todas las medidas de control enumeradas en las secciones 1 a 9, el LFCHD y / o la Junta de Salud del Condado Urbano de Lexington-Fayette pueden tomar medidas posteriores para hacer cumplir los términos de esta Orden, y que estas pueden incluir la presentación de una potencial demanda, en mi contra, en el Tribunal del Circuito de Fayette.

El LFCHD reevaluará esta Orden antes de determinar cuándo se puede levantar el período de aislamiento. Cuando se determine la fecha en que se dará por terminada esta Orden, el personal apropiado de LFCHD se comunicará con usted.

Esa orden fue presentada a [REDACTED] en 01-11-2021.

Kraig E. Humbaugh, MD, MPH

Comisionado de Salud

Departamento de Salud de Lexington-Condado de Fayette

Monitoring Subject:

By signing below for this agreed order of Self-Isolation and Controlled Movement, I [REDACTED] agree to the conditions as noted above and I agree to comply with those conditions with no exceptions. I fully understand that if I fail to comply with these conditions that further action will be taken through the Fayette Circuit Court. I agree to immediately contact the LFCHD if any changes in my medical status occur.


Sujeto Monitoreado:

Al firmar a continuación esta Orden Acordada de Autoaislamiento y Movilización Restringida. Yo William Davis acepto las condiciones como se indican arriba y acepto cumplir con esas condiciones sin excepciones. Entiendo completamente que si no cumplo con estas condiciones, se tomarán medidas adicionales a través del Tribunal del Circuito de Fayette. Acepto comunicarme de inmediato con el LFCHD si se produce algún cambio en mi estado médico de salud.

1) Name:

Nombre:

2) Signature:

 [Add signature](#)

Firma del individuo sujeto a monitoreo:

3) Date signed:

  Today M-D-Y

Fecha Firmada:

[Next Page >>](#)

[Save & Return Later](#)

