



Cuestionario de detección de salud para estudiantes COVID-19

Nombre del estudiante: _____ **El grado:** _____ **Maestro(a):** _____

La fecha de asistencia en persona a la escuela: _____

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su hijo dio positivo en una prueba de diagnóstico de COVID-19 en los últimos 10 días?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En los últimos 14 días, ¿su estudiante ha sido designado como contacto de una persona que dio positivo en COVID-19 por un departamento de salud local?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En los últimos 14 días, ¿su estudiante ha viajado internacionalmente o a un estado o territorio incluido en la lista de avisos de viajes del Estado de Nueva York?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su estudiante tiene actualmente (o ha tenido en los últimos 10 días) uno o más de estos síntomas nuevos o que empeoran de COVID-19?
Temperatura _____ °F		Una temperatura mayor o igual a 100.0 grados Fahrenheit Tiene fiebre o escalofríos Tos Pérdida del gusto o el olfato Fatiga / sensación o cansancio Dolor de garganta Falta de aire o dificultad para respirar. Náuseas, vómitos, diarrea Dolores musculares o corporales Dolores de cabeza Congestión nasal / secreción nasal

Si indicó SÍ para su hijo en cualquiera de las preguntas de evaluación, su hijo no puede asistir a la escuela. Si su hijo desarrolla algún síntoma de COVID-19 mientras está en la escuela o durante el transporte, se le notificará inmediatamente y se le pedirá que recoja o haga arreglos para recoger a su hijo. En cualquier caso, se le pedirá que obtenga una autorización médica de su proveedor de atención médica para su hijo antes de regresar a la escuela.

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Número de teléfono durante el horario escolar: _____