

# Lista de Verificación Diaria para COVID-19



Llene esta Lista de Verificación para COVID-19 antes de asistir a la escuela todos los días  
**Si responde SÍ a cualquiera de las preguntas a continuación,  
QUÉDESE EN CASA**

¿Tiene fiebre de más de 100<sup>o</sup>F?  Si  No

¿Pérdida de olfato o sabor?  Si  No  
¿Dolores musculares?  Si  No  
¿Dolor de garganta?  Si  No  
¿Tos?  Si  No

¿Falta de aire?  Si  No  
¿Escalofríos?  Si  No  
¿Dolor de cabeza?  Si  No

¿Fatiga?  Si  No  
¿Secreción nasal?  Si  No  
¿Dolor de garganta?  Si  No

¿Ha experimentado algún síntoma gastrointestinal como náuseas/vómitos, diarrea, pérdida de apetito?

Si  No

¿Usted o alguien con quien haya estado en contacto cercano ha sido diagnosticado con COVID-19, o ha sido puesto en cuarentena por posible contacto con COVID-19?

Si  No

¿Se le ha pedido que se aíle o se ponga en cuarentena por un profesional médico o un funcionario local de salud pública?

Si  No