



Student Health Certification Slip
Elmhurst CCSD205

The below information must be completed by a parent/guardian.

Date: _____

Student's Name: _____

Student's 5-digit PowerSchool #: _____

Student's Grade Level: _____

1. Has anyone in the household been exposed to COVID-19 (coronavirus), diagnosed with COVID-19 (coronavirus) or been asked by the health department to stay home for the next 14 days? *(please check one)*

- NO
- YES

2. Parents, please take your child's temperature. Does the person have a temperature of 100.4 degree or higher? *(please check one)*

- NO
- YES

3. Is the child experiencing any of the following symptoms: Cough, Body or Muscle Aches, Fatigue, New Loss of sense of taste or smell, Vomiting, Nausea and/ or Diarrhea, Chills, Shortness or breath or difficulty breathing, Headache, Sore Throat, Runny Nose or Nasal Congestion? *(please check one)*

- NO
- YES

Parent/Guardian Name *(print below)*

Parent/Guardian Name *(sign below)*



Student Health Certification Slip
Elmhurst CCSD205

The below information must be completed by a parent/guardian.

Date: _____

Student's Name: _____

Student's 5-digit PowerSchool #: _____

Student's Grade Level: _____

1. Has anyone in the household been exposed to COVID-19 (coronavirus), diagnosed with COVID-19 (coronavirus) or been asked by the health department to stay home for the next 14 days? *(please check one)*

- NO
- YES

2. Parents, please take your child's temperature. Does the person have a temperature of 100.4 degree or higher? *(please check one)*

- NO
- YES

3. Is the child experiencing any of the following symptoms: Cough, Body or Muscle Aches, Fatigue, New Loss of sense of taste or smell, Vomiting, Nausea and/ or Diarrhea, Chills, Shortness or breath or difficulty breathing, Headache, Sore Throat, Runny Nose or Nasal Congestion? *(please check one)*

- NO
- YES

Parent/Guardian Name *(print below)*

Parent/Guardian Name *(sign below)*



Hoja De Certificación De Salud Del Estudiante

Elmhurst CCSD205

La siguiente información debe ser completada por un guardián.

Hoja De Certificación De Salud Del Estudiante
Elmhurst CCSD205

La siguiente información debe ser completada por un guardián.

Fecha: _____

El nombre del estudiante: _____

Estudiantes 5-digit PowerSchool #: _____

Nivel de grado del estudiante: _____

1. Alguien en su hogar ha estado expuesto al COVID-19 (coronavirus), ha sido diagnosticado con COVID-19 (coronavirus) o el departamento de salud le ha pedido que se quede en casa durante los próximos 14 días? *(please check one)*

- No
- Si

2. Padres, por favor tomen la temperatura de su hijo. Personal, tómesese la temperatura. La persona tiene temperatura de 100.4 grados o más? *(please check one)*

- No
- Si

3. La persona experimenta alguno de los siguientes síntomas: tos, dolores musculares o corporales, fatiga, nueva pérdida del sentido del gusto u olfato, vómito, náusea y/o diarrea, escalofríos, dificultad para respirar, dolor de cabeza, dolor de garganta, secreción nasal o congestión nasal? *(please check one)*

- NO
- Si

Fecha: _____

El nombre del estudiante: _____

Estudiantes 5-digit PowerSchool #: _____

Nivel de grado del estudiante: _____

1. Alguien en su hogar ha estado expuesto al COVID-19 (coronavirus), ha sido diagnosticado con COVID-19 (coronavirus) o el departamento de salud le ha pedido que se quede en casa durante los próximos 14 días? *(please check one)*

- No
- Si

2. Padres, por favor tomen la temperatura de su hijo. Personal, tómesese la temperatura. La persona tiene temperatura de 100.4 grados o más? *(please check one)*

- No
- Si

3. La persona experimenta alguno de los siguientes síntomas: tos, dolores musculares o corporales, fatiga, nueva pérdida del sentido del gusto u olfato, vómito, náusea y/o diarrea, escalofríos, dificultad para respirar, dolor de cabeza, dolor de garganta, secreción nasal o congestión nasal? *(please check one)*

- NO
- Si

Guardián nombre *(imprimir abajo)*

Guardián nombre *(firme abajo)*

Guardián nombre *(imprimir abajo)*

Guardián nombre *(firme abajo)*
