

Daily Home Screening For Students

Please complete this short checklist each morning before your child leaves for school.

If your child meets any of the following criteria, your child may have a possible illness that decreases your child's ability to learn and also puts your child at risk for spreading illness to others.

Please check your child for these criteria:

SECTION 1A: Symptoms (Considered symptomatic if your child has at least one (1))

<input type="checkbox"/>	Lack of smell or taste without congestion
<input type="checkbox"/>	New uncontrolled cough that causes difficulty breathing (for staff with chronic allergic/asthmatic cough, a change in cough from baseline)
<input type="checkbox"/>	Shortness of breath

SECTION 1B: Symptoms (Considered symptomatic if your child has at least two (2))

<input type="checkbox"/>	Elevated Temperature/Fever (Oral >100.4°F, Axillary/Temporal >99.5°F)
<input type="checkbox"/>	Sore throat
<input type="checkbox"/>	*Nausea, diarrhea, vomiting, and/or abdominal pain*
<input type="checkbox"/>	New onset of severe headache, especially with a fever
<input type="checkbox"/>	*Chills, muscle pain, and/or fatigue*
<input type="checkbox"/>	Congestion or runny nose

**if more than one applies count as multiple symptoms*

SECTION 2: Close Contact/Potential Exposure (Your child should stay home if at least one (1) checked)

<input type="checkbox"/>	Had close contact (within 6 feet of an infected person for at least 15 minutes) with a person with confirmed COVID-19
<input type="checkbox"/>	Traveled to or lived in an area identified by the Pennsylvania Department of Health as recommended quarantine upon return to Pennsylvania
<input type="checkbox"/>	Had a recent COVID-19 test and are awaiting results

If your child is considered symptomatic or has had a close contact/potential exposure, please have your child stay home and contact a healthcare provider.

Complete esta breve lista de verificación cada mañana antes de que su hijo se vaya a la escuela.

Si su hijo cumple con alguno de los siguientes criterios, es posible que su hijo tenga una enfermedad que disminuya la capacidad de aprendizaje de su hijo y que también lo ponga en riesgo de contagiar la enfermedad a otros.

Verifique que su hijo tenga estos criterios:

SECCIÓN 1A: Síntomas (se considera sintomático si su hijo tiene al menos uno (1))

<input type="checkbox"/>	Falta de olfato o gusto sin congestión
<input type="checkbox"/>	Nueva tos incontrolada que causa dificultad para respirar (para el personal con tos crónica alérgica / asmática, un cambio en tos desde el inicio)
<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar

SECCIÓN 1B: Síntomas (Se considera sintomático si su hijo tiene al menos dos (2))

<input type="checkbox"/>	Temperatura / fiebre elevada (Oral > 100.4 ° F, Axilar / Temporal > 99.5 ° F)
<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta
<input type="checkbox"/>	Nausea, diarrea, vomiting, and/or abdominal pain*
<input type="checkbox"/>	Nueva aparición de dolor de cabeza severo especialmente con fiebre *
<input type="checkbox"/>	Escalofríos, dolor muscular y / o fatiga *
<input type="checkbox"/>	Congestión o secreción nasal *

* si se aplica más de uno cuenta como síntomas múltiples

SECCIÓN 2: Cerrar Con Contacto / Exposición potencial (Su hijo debe quedarse en casa si al menos uno (1) marcó)

<input type="checkbox"/>	Tuvo contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado
<input type="checkbox"/>	Viajó o vivió en un area identified por el Departamento de Salud de Pensilvania Recomendó la cuarentena al regresar a Pensilvania
<input type="checkbox"/>	Tuvo una prueba reciente de COVID-19 y están esperando los resultados

Si su hijo se considera sintomático o ha tenido un contacto cercano / exposición potencial, haga que su hijo se quede en casa y comuníquese con un proveedor de atención médica.