

# 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**

¿Cuál es su temperatura hoy sin haber tomado medicamentos que reducen la fiebre? \_\_\_\_\_ Grados Fahrenheit

¿Tiene fiebre de más de 100.4oF?  Si  No

*Síntomas de bajo riesgo:*

¿Dolores musculares?

Si

No

¿Dolor de garganta?

Si

No

¿Dolor de cabeza?

Si

No

Náuseas/vómitos/diarrea?

Si

No

¿Fatiga?

Si

No

¿Secreción nasal?

Si

No

Congestión ?

Si

No

*Síntomas de alto riesgo:*

¿Pérdida de olfato o sabor?

Si

No

¿Falta de aire?

Si

No

¿Tos?

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 aisle o se ponga en cuarentena por un profesional médico o un funcionario local de salud pública?

Si  No

¿Ha viajado recientemente a uno de los lugares, nacional o internacional, incluidos en la Lista de Alerta de Seguridad para Viajeros de Connecticut o del Centro para el Control o Prevención de Enfermedades?

Si  No