



TEMPLE CITY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Lista de Verificación de la Salud de los Estudiantes de Educación Especial

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____ TEMPERATURA: _____	YES	NO
¿Ha estado expuesto a alguien con COVID-19?		
¿Hay alguien enfermo en casa?		
Tome su temperatura. Si > 99.6 permanecer en casa		
Cansancio		
Falta de aliento		
<u>D</u> ificultad para respirar		
Náusea		
Vómito		
Diarrea		