

# PRINCETON PUBLIC SCHOOLS

## Examen diario de COVID-19 para estudiantes

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Padres / tutores: Por favor, complete este breve chequeo de su hijo y reporte la información.**

### Sección 1: Síntomas

Cualquiera de los síntomas a continuación podría indicar una infección por COVID-19 en niños y puede poner a su hijo en riesgo de transmitir la enfermedad a otras personas. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles y que los niños con COVID-19 pueden experimentar alguno, todos o ninguno de estos síntomas. Marque cualquier síntoma que esté experimentando su hijo:

#### Columna A

<input type="checkbox"/>	Escalofríos
<input type="checkbox"/>	Dolores musculares
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta
<input type="checkbox"/>	Nausea o Vómitos
<input type="checkbox"/>	Diarrea – un episodio
<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	Congestión o destilado de nariz

#### Columna B

<input type="checkbox"/>	Toz
<input type="checkbox"/>	Falta de aliento
<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/>	Nueva pérdida de olfato
<input type="checkbox"/>	Nueva pérdida del gusto
<input type="checkbox"/>	Fiebre
<input type="checkbox"/>	Diarrea – más de un episodio

Si **DOS O MÁS DE LOS campos en la columna A** están marcados O **POR LO MENOS UNO de los campos en la columna B** está marcado, por favor mantenga a su hijo en casa o notifique a la escuela para recibir más instrucciones.

**NO** hay síntomas presentes

### Sección 2: Contacto cercano/ Exposición potencial – si marca cualquiera de las siguientes opciones no podrá ingresar al edificio.

Por favor verifique si:

<input type="checkbox"/>	Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada en un período de al menos 10 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado.
<input type="checkbox"/>	A alguien en su hogar se le ha diagnosticado COVID-19
<input type="checkbox"/>	Su hijo ha viajado a un <a href="#">área de alta transmisión comunitaria</a> .

Si **ALGUNO de los campos de la Sección 2** están marcados, su hijo deberá permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición (si el niño estuvo en contacto cercano de un caso confirmado de COVID-19) o la fecha de regreso a Nueva Jersey. Comuníquese con el proveedor de salud de su hijo o con el departamento de salud local para obtener más orientación.