



Antes de que su hijo(a) vaya a la escuela en la mañana,
por favor complete un cuestionario de chequeo de salud del estudiante.

**SI LA RESPUESTA ES “SI”
A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS, POR FAVOR
DEJE A SU HIJO(A) EN CASA Y PÓNGASE EN CONTACTO
CON SU PROVEEDOR DE ASISTENCIA MÉDICA.**

**POR LA SEGURIDAD Y SALUD DE TODOS, ES MUY IMPORTANTE QUE NO INGRESE A
LAS INSTALACIONES AL MENOS QUE PUEDA RESPONDER “NO” A CADA UNA DE LAS
SIGUIENTES PREGUNTAS:**

1. En las últimas 48 horas, ha experimentado alguno de los siguientes síntomas de los que no tiene la certeza que sean causados por otra condición que no sea COVID-19 y que no sea contagiosa:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre (100.4 grados Fahrenheit o más) o
afiebrado (escalofríos, sudoración) | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Tos reciente | <input type="checkbox"/> Nausea |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire o dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Vómito o diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular o corporal | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Perdida reciente del gusto o del olfato | <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | |

2. En los últimos 14 días, ¿usted ha estado en contacto cercano con alguien que usted sepa ha tenido COVID-19 o que haya tenido los síntomas de COVID-19? Sí No

3. En los últimos diez días, ¿usted ha tenido una prueba de COVID-19 con resultado positivo para el virus activo?
 Sí No

4. ¿Usted se encuentra actualmente esperando los resultados de una prueba de COVID-19? Sí No

5. En los últimos 14 días, ¿algún médico o profesional de la salud le ha indicado que se realice un auto monitoreo o que entre en cuarentena debido a preocupaciones causadas por infección de COVID-19? Sí No

6. En los últimos 14 días, ¿ha viajado fuera del país o ha estado en contacto cercano con alguien que haya viajado fuera del país, a un país identificado por los Centros para el Control de Enfermedades con un nivel 3 de riesgo de COVID-19, ha pospuesto viajes innecesarios, debido al COVID-19? Sí No

* Para propósitos de revisión, “contacto cercano” incluye estar a aproximadamente 6 pies (2 metros) de una persona con COVID-19 o que se sospeche que tiene COVID-19 por 15 minutos o más. También incluye estar cuidando o tener contacto directo con una persona con COVID-19 o que se sospeche que tiene COVID-19 (por ejemplo, dar besos, abrazar, tocar a alguien) o partículas respiratorias (por ejemplo, que ellos tosan o estornuden cerca de uno).