

**PELHAM PUBLIC SCHOOLS**  
**CUESTIONARIO DE SALUD COVID PARA ALUMNOS**

Alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Su hijo/a ha dado positivo para la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?	O Si O No
2. En los últimos 14 días ¿Ha tenido su hijo/a contacto cercano con alguien con un COVID-19 positivo confirmado?	O Si O No
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fiebre (100.0 °F o superior) o escalofríos</li> <li>● Congestión o secreción nasal</li> <li>● Tos</li> <li>● Dolor de garganta</li> <li>● Fatiga</li> <li>● Dolor de cabeza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dolores musculares o corporales</li> <li>● Falta de aire o dificultad para respirar</li> <li>● Pérdida de sentido del gusto u olfato</li> <li>● Náuseas o vómitos</li> <li>● Diarrea</li> </ul>
3. ¿Su hijo/a tiene alguno de los síntomas anteriores?	O Si O No
4. ¿Su hijo/a tiene fiebre (100.0 ° F o más) o tuvo fiebre en las últimas 24 horas?	O Si O No
5. En los últimos 14 días ¿Su hijo/a ha viajado internacionalmente o a un estado identificado bajo la restricción de viaje de Nueva York, por lo que se requiere una cuarentena de 14 días?	O Si O No

*Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, su hijo/a no podrá venir hoy a la escuela. Su firma a continuación indica que ha respondido con sinceridad a las preguntas anteriores.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Madre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

Actualizado: 15/oct/2020

**PELHAM PUBLIC SCHOOLS**  
**CUESTIONARIO DE SALUD COVID PARA ALUMNOS**

Alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Su hijo/a ha dado positivo para la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?	O Si O No
2. En los últimos 14 días ¿Ha tenido su hijo/a contacto cercano con alguien con un COVID-19 positivo confirmado?	O Si O No
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fiebre (100.0 °F o superior) o escalofríos</li> <li>● Congestión o secreción nasal</li> <li>● Tos</li> <li>● Dolor de garganta</li> <li>● Fatiga</li> <li>● Dolor de cabeza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dolores musculares o corporales</li> <li>● Falta de aire o dificultad para respirar</li> <li>● Pérdida de sentido del gusto u olfato</li> <li>● Náuseas o vómitos</li> <li>● Diarrea</li> </ul>
3. ¿Su hijo/a tiene alguno de los síntomas anteriores?	O Si O No
4. ¿Su hijo/a tiene fiebre (100.0 ° F o más) o tuvo fiebre en las últimas 24 horas?	O Si O No
5. En los últimos 14 días ¿Su hijo/a ha viajado internacionalmente o a un estado identificado bajo la restricción de viaje de Nueva York, por lo que se requiere una cuarentena de 14 días?	O Si O No

*Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, su hijo/a no podrá venir hoy a la escuela. Su firma a continuación indica que ha respondido con sinceridad a las preguntas anteriores.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Madre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

Actualizado: 15/oct/2020