

PRINCETON PUBLIC SCHOOLS

Examen diario de COVID-19 para visitantes

Nombre _____

Fecha _____

Por favor, complete este breve chequeo y reporte la información.

Sección 1: Síntomas

Cualquiera de los síntomas a continuación podría indicar una infección por COVID-19 que podría ponerlo en riesgo de transmitir la enfermedad a otras personas. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles de COVID-19 ya que puede experimentar alguno, todos o ninguno de estos síntomas. Por favor, marque cualquier síntoma que esté experimentando:

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 no ingrese a los edificios de PPS y contacte su proveedor de salud.

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"/>	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"/>	Ha viajado a un área de alta transmisión comunitaria .
<input type="checkbox"/>	Está esperando los resultados de una prueba para su hijo o alguien en su hogar debido a síntomas similares a COVID-19. Esto no se aplica a las pruebas de rutina requeridas por un lugar de trabajo o antes de procedimientos médicos.

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