

# 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. Por favor, marque cualquier síntoma que esté experimentando su hijo que sea fuera de lo habitual o que no se deba a una condición médica crónica:

#### 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> .   |
| <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, 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.