

TARJETA DE CERTIFICACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE ESD20

POR FAVOR IMPRIMA, COMPLETE DIARIAMENTE Y REGRESE A LA ESCUELA CON SU HIJO CADA DÍA.

Al firmar el esta tarjeta a diario,
Certifico que he respondido **NO** a todas las preguntas siguientes:

- (1) ¿Ha tenido su hijo(a) alguno de los síntomas a continuación en las últimas 24 horas?
- Fiebre o escalofríos (100.4 F o mas alta)
 - Nueva tos, congestión o nariz que moquea
 - Falta de aire o dificultad para respirar
 - Fatiga por causa desconocida
 - Dolores musculares o corporales
 - Nuevo dolor de cabeza moderado o intenso
 - Nueva pérdida del gusto u olfato
 - Dolor de garganta
 - Vómitos, diarrea o náuseas
 - Dolor abdominal de causa desconocida
- (2) ¿Ha estado su hijo(a) en contacto o cuidado con alguien que haya dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?
- (3) ¿Su hijo(a) dio positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?

Si respondí **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores,
mi hijo(a) **NO** irá a la escuela ese día
y me pondré en contacto con la escuela de mi hijo(a) para
informar la ausencia.



KEENEYVILLE SCHOOL DISTRICT 20
ECC | GREENBROOK | WATERBURY | SPRING WOOD

TARJETA DE CERTIFICACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE ESD20

Al firmar este formulario todos los días, certifico que mi hijo(a) no tiene síntomas de COVID-19 y no tiene fiebre.

(Imprimir primer nombre y apellido del estudiante)

PK K 1 2 3 4 5 6 7 8
(circule el grado)

	Firma Padre/Tutor	Fecha
Lun.		
Mart.		
Mierc.		
Juev.		
Vier.		



KEENEYVILLE SCHOOL DISTRICT 20
ECC | GREENBROOK | WATERBURY | SPRING WOOD