

# 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"/>	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.
<input type="checkbox"/>	Si ha viajado <u>fuera del área de los tres estados</u> , debe estar en cuarentena durante 10 días. Consulte el sitio web del Departamento de Salud de Nueva Jersey para conocer las restricciones de viaje.

Si **CUALQUIERA de los primeros 3 campos de la Sección 2** están marcados, debe permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición. Comuníquese con su proveedor de atención médica o con su departamento de salud local para obtener más orientación.