

PREGUNTAS DEL CONTROL DE BIENESTAR

Nombre del estudiante: _____

Fecha: _____

1. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas durante el último día que no sea causado por otra condición o de una manera que no sea normal para usted?

- Fiebre (100.4°F) o escalofríos
- Tos
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolores musculares o corporales
- Dolor de cabeza
- Reciente pérdida del gusto u olfato
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal (no relacionado con alergias estacionales)
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

Sí No

2. ¿Es cierta alguna de las siguientes afirmaciones?

- Ha estado en contacto cercano con alguien con COVID-19 confirmado.
- Ha tenido una prueba COVID-19 positiva para virus activo en los últimos 10 días.
- Un profesional médico o de salud pública le ha dicho en los últimos 14 días que se controle, se aíse o se ponga en cuarentena debido a preocupaciones sobre la infección por COVID-19.

Sí No

Si respondiste **NO** a ambas preguntas, te sientes lo suficientemente bien para ir a la escuela hoy.

Si respondiste **SÍ** a una o ambas preguntas, quédate en casa hoy.

Notifica al administrador de tu escuela si tienes COVID-19, si estás esperando los resultados de las pruebas o si has estado expuesto a alguien con un caso confirmado o sospechoso.

Firma del padre _____