



Formulario Para la Detección de COVID-19 de Lodi USD

Nombre: _____

Sitio Escolar: _____

Grado: _____

¿El encuestado ha estado cerca de alguien con COVID-19 en los últimos 10 días?

Si

No

Síntomas:

si no

Tos seca

Dificultad para respirar

Fiebre (100.4F)

Escalofríos

Nueva erupción o decoloración de la piel

Dolor de cabeza

Dolor de garganta

Nueva pérdida de olfato o gusto

Síntomas gastrointestinales

Nombre de la persona que llenó el formulario: _____

Fecha: _____