



COVID-19 Student Daily Health Check Form

Los Departamentos de Salud e Industria laboral de Washington requieren que los distritos escolares examinen a todos los estudiantes para determinar si el estudiante tiene COVID-19 o ha estado en estrecho contacto con una persona expuesta al COVID-19.

Student Name (Nombre del estudiante)

Date (Fecha)

School (Escuela)

Grade (Grado)

¿Ha tenido el estudiante alguno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas que no son causados por otra afección médica?

- Fiebre (100.4°F/38 °C o más)
- Tos
- Dificultad para respirar o falta de aliento
- Escalofríos
- Fatiga
- Dolor muscular o corporal
- Dolor de cabeza
- Pérdida del gusto o del olfato
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Nauseas o vómitos
- Diarrea
- Otros signos de una nueva enfermedad que no están relacionados con una afección preexistente (como alergias estacionales)

SÍ

NO

¿Ha tenido el estudiante alguno de los SÍNTOMAS DE COVID-19 enumerados anteriormente en los últimos 3 días que duraron más de 24 horas?

SÍ

NO

¿ Ha estado el estudiante en contacto cercano con alguna persona con COVID-19 confirmado en los últimos 14 días? (Contacto cercano significa estar a menos de 6 pies (2 metros) de una persona infectada durante 15 minutos o más).

SÍ

NO

¿Ha tenido el estudiante un resultado positivo para la prueba del COVID-19 de infección actual en los últimos 10 días?

SÍ

NO

En los últimos 14 días, ¿le ha dicho un profesional médico o de salud pública al estudiante que se auto monitoree, se aísle o se ponga en cuarentena por causas relacionadas con el COVID-19?

SÍ

NO

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es SÍ, el estudiante debe quedarse en casa y ponerse en contacto con su escuela.

Name of Person completing this form (Nombre)

Daytime Phone Number (Número de teléfono)

Signature (Firma)

Date (Fecha)