

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 (100.4 F o mas alta)
 - Nuevo dolor de cabeza moderado o intenso
 - Falta de aire o dificultad para respirar
 - Nueva tos o dolor de garganta
 - Vómitos o diarrea
 - Nueva pérdida del gusto u olfato
 - Fatiga por causa desconocida
 - Dolores musculares o corporales

(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 140 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