

**Atestación diaria**

(Complete a través de Skyward o traiga una copia en papel a la escuela cada día.)

**NOMBRE DEL(A) ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_**

Las evaluaciones diarias de salud para los estudiantes y el personal pueden contribuir a la salud y bienestar general de nuestra comunidad de SKSD. Apreciamos su ayuda para mantener nuestro ambiente seguro y saludable.

1. ¿Su estudiante ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas?

Escalofríos o Fiebre (100.4 Fahrenheit o más) (38 grados centígrados o más)	Pérdida reciente del gusto y el olfato
Tos	Dolor de garganta
Fatiga	Congestión/secreción nasal
Dolores musculares o corporales	Nausea o vómito
Dolor de cabeza	Diarrea

Falta de aliento o dificultad para respirar

2. En los últimos 14 días, ¿su estudiante ha estado en contacto físico cercano (6 pies o 2 metros o más cerca por un total de 15 minutos en un período de 24 horas) con:
  - Cualquier persona que se sepa que tenga COVID-19 confirmado por el laboratorio
  - o
  - ¿Alguien que tenga síntomas como los de la COVID-19?
3. ¿Su estudiante está aislado(a) o en cuarentena debido a la exposición a una persona con COVID-19?
4. ¿Le preocupa que su estudiante o alguien con quien vive pueda estar enfermo de COVID-19?
5. ¿Su estudiante o alguien con quien vive esperando los resultados de la prueba de COVID-19 debido a los síntomas de COVID-19?

SI RESPONDIÓ **AFIRMATIVAMENTE** A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES,

**MANTENGA A SU ESTUDIANTE EN CASA**, COMUNÍQUESE CON SU ESCUELA Y CONSULTE CON SU MÉDICO.

Firma de los padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Atestación diaria**

(Complete a través de Skyward o traiga una copia en papel a la escuela cada día.)

**NOMBRE DEL(A) ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_**

Las evaluaciones diarias de salud para los estudiantes y el personal pueden contribuir a la salud y bienestar general de nuestra comunidad de SKSD. Apreciamos su ayuda para mantener nuestro ambiente seguro y saludable.

1. ¿Su estudiante ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas?

Escalofríos o Fiebre (100.4 Fahrenheit o más) (38 grados centígrados o más)	Pérdida reciente del gusto y el olfato
Tos	Dolor de garganta
Fatiga	Congestión/secreción nasal
Dolores musculares o corporales	Nausea o vómito
Dolor de cabeza	Diarrea

Falta de aliento o dificultad para respirar

2. En los últimos 14 días, ¿su estudiante ha estado en contacto físico cercano (6 pies o 2 metros o más cerca por un total de 15 minutos en un período de 24 horas) con:
  - Cualquier persona que se sepa que tenga COVID-19 confirmado por el laboratorio
  - o
  - ¿Alguien que tenga síntomas como los de la COVID-19?
3. ¿Su estudiante está aislado(a) o en cuarentena debido a la exposición a una persona con COVID-19?
4. ¿Le preocupa que su estudiante o alguien con quien vive pueda estar enfermo de COVID-19?
5. ¿Su estudiante o alguien con quien vive esperando los resultados de la prueba de COVID-19 debido a los síntomas de COVID-19?

SI RESPONDIÓ **AFIRMATIVAMENTE** A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES,

**MANTENGA A SU ESTUDIANTE EN CASA**, COMUNÍQUESE CON SU ESCUELA Y CONSULTE CON SU MÉDICO

Firma de los padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_