

Evaluación de Salud de COVID-19

Para ser completado diariamente y enviado a la escuela con su niño.

Nombre del Estudiante: _____ Temperatura: _____

Escuela/Edificio: _____ Fecha: _____

Por favor encierre en un círculo su respuesta.

1. ¿Usted ha viajado fuera del estado/país en las pasadas 2 semanas según las actuales restricciones de viaje de PA? SI NO

2. ¿Usted ha experimentado algunos de los síntomas de COVID-19:

Fiebre 100.4 o mayor	SI	NO
Escalofríos corporales	SI	NO
Fatiga extrema	SI	NO
Tos	SI	NO
Exceso de Fluido por la nariz/congestión	SI	NO
Dolor de Cabeza	SI	NO
Nausea/vómito/diarrea	SI	NO
Respiración corta y con dificultad	SI	NO
Dolor o dificultad para respirar	SI	NO
Dolor de garganta	SI	NO
Dolores musculares	SI	NO
Pérdida de sabor u olor	SI	NO
Cambio en la visión/drenaje del ojo	SI	NO

3. ¿Usted sospecha que está expuesto a alguien que dio positivo al COVID-19? SI NO

4. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19 en las pasadas 2 semanas? SI NO

Firma del Padre/Guardian _____