

Cuestionario de Salud Diario

Obligatorio para la entrada de los estudiantes en los días de aprendizaje en persona.

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Clase de Homeroom: _____

Yo confirmo que (chequee todos que se aplica):

1. [] Esta mañana, mi hijo/a ha tenido temperatura por debajo de 100.0° F (38.7° C) sin utilizar medicamentos para bajar la fiebre (Advil, Tylenol/paracetamol, aspirina)
2. [] Mi hijo/a no ha tenido una prueba diagnóstica positiva por COVID-19 en los 14 días anteriores;
3. [] Esta mañana, y en los 14 días anteriores, mi hijo/a no tiene ningunas de las siguientes síntomas de COVID-19: dolor de garganta, tos, dificultad para respirar, diarrea, náuseas, vómitos, pérdida reciente del olfato o el gusto, fatiga, dolores musculares y corporales, congestión o mosqueo;
4. [] Mi hijo/a no ha estado en contacto cercano con una persona con síntomas de COVID-19 o con resultados confirmados, dudosos, o que esté esperando los resultados de las pruebas de COVID-19 en los 14 días anteriores. Se define contacto cercano como dentro de 6 personas por más de 10 minutos.
5. [] Mi hijo/a no ha viajado internacionalmente o de un estado con la propagación comunitaria de COVID-19 según el aviso de viaje del estado de Nueva York (bit.ly/nytravelban) en los 14 días anteriores.

Si no puede chequear a uno de los comentarios arriba, les pide que su estudiante se quede en casa y contacte a la escuela. Si no puede confirmar todos los comentarios, le resulta en una llamada a la casa cuando su estudiante llega a la escuela antes de que puedan entrar a sus clases y posiblemente una recogida inmediata de su estudiante.

Firma del Padre o Madre: _____

Fecha: _____

Cuestionario de Salud Diario

Obligatorio para la entrada de los estudiantes en los días de aprendizaje en persona.

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Clase de Homeroom: _____

Yo confirmo que (chequee todos que se aplica):

6. [] Esta mañana, mi hijo/a ha tenido temperatura por debajo de 100.0° F (38.7° C) sin utilizar medicamentos para bajar la fiebre (Advil, Tylenol/paracetamol, aspirina)
7. [] Mi hijo/a no ha tenido una prueba diagnóstica positiva por COVID-19 en los 14 días anteriores;
8. [] Esta mañana, y en los 14 días anteriores, mi hijo/a no tiene ningunas de las siguientes síntomas de COVID-19: dolor de garganta, tos, dificultad para respirar, diarrea, náuseas, vómitos, pérdida reciente del olfato o el gusto, fatiga, dolores musculares y corporales, congestión o mosqueo;
9. [] Mi hijo/a no ha estado en contacto cercano con una persona con síntomas de COVID-19 o con resultados confirmados, dudosos, o que esté esperando los resultados de las pruebas de COVID-19 en los 14 días anteriores. Se define contacto cercano como dentro de 6 personas por más de 10 minutos.
10. [] Mi hijo/a no ha viajado internacionalmente o de un estado con la propagación comunitaria de COVID-19 según el aviso de viaje del estado de Nueva York (bit.ly/nytravelban) en los 14 días anteriores.

Si no puede chequear a uno de los comentarios arriba, les pide que su estudiante se quede en casa y contacte a la escuela. Si no puede confirmar todos los comentarios, le resulta en una llamada a la casa cuando su estudiante llega a la escuela antes de que puedan entrar a sus clases y posiblemente una recogida inmediata de su estudiante.

Firma del Padre o Madre: _____

Fecha: _____

Cuestionario de Salud Diario

Obligatorio para la entrada de los estudiantes en los días de aprendizaje en persona.

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Clase de Homeroom: _____

Yo confirmo que (chequee todos que se aplica):

11. [] Esta mañana, mi hijo/a ha tenido temperatura por debajo de 100.0° F (38.7° C) sin utilizar medicamentos para bajar la fiebre (Advil, Tylenol/paracetamol, aspirina)
12. [] Mi hijo/a no ha tenido una prueba diagnóstica positiva por COVID-19 en los 14 días anteriores;
13. [] Esta mañana, y en los 14 días anteriores, mi hijo/a no tiene ningunas de las siguientes síntomas de COVID-19: dolor de garganta, tos, dificultad para respirar, diarrea, náuseas, vómitos, pérdida reciente del olfato o el gusto, fatiga, dolores musculares y corporales, congestión o mosqueo;
14. [] Mi hijo/a no ha estado en contacto cercano con una persona con síntomas de COVID-19 o con resultados confirmados, dudosos, o que esté esperando los resultados de las pruebas de COVID-19 en los 14 días anteriores. Se define contacto cercano como dentro de 6 personas por más de 10 minutos.
15. [] Mi hijo/a no ha viajado internacionalmente o de un estado con la propagación comunitaria de COVID-19 según el aviso de viaje del estado de Nueva York (bit.ly/nytravelban) en los 14 días anteriores.

Si no puede chequear a uno de los comentarios arriba, les pide que su estudiante se quede en casa y contacte a la escuela. Si no puede confirmar todos los comentarios, le resulta en una llamada a la casa cuando su estudiante llega a la escuela antes de que puedan entrar a sus clases y posiblemente una recogida inmediata de su estudiante.

Firma del Padre o Madre: _____

Fecha: _____