

Daily Home Screening for Students

Parents: Please complete this short check each morning and, if any of the following applies, report your child's information to the campus office in the morning before your child leaves for school.

SECTION 1: Symptoms

If your child has any of the following symptoms, that indicates a possible illness that may decrease the student's ability to learn and also put them at risk for spreading illness to others. Please check your child for these symptoms:

<input type="checkbox"/>	Temperature 100.4 degrees Fahrenheit or higher when taken by mouth
<input type="checkbox"/>	Sore throat
<input type="checkbox"/>	New uncontrolled cough that causes difficulty breathing (for students with chronic allergic/asthmatic cough, a change in their cough from baseline)
<input type="checkbox"/>	Diarrhea, vomiting, or abdominal pain
<input type="checkbox"/>	New onset of severe headache, especially with a fever

SECTION 2: Close Contact/Potential Exposure

<input type="checkbox"/>	Had close contact (within 6 feet of an infected person for at least 15 minutes) with a person with confirmed COVID-19
<input type="checkbox"/>	Traveled to or lived in an area where the local, Tribal, territorial, or state health department is reporting large numbers of COVID-19 cases as described in the Community Mitigation Framework
<input type="checkbox"/>	Live in areas of high community transmission (as described in the Community Mitigation Framework) while the school remains open

[CLICK HERE FOR STUDENT SCREENING QUESTIONNAIRE](#)



cdc.gov/coronavirus

Evaluación de inicio diaria para estudiantes

Padres: Por favor, complete esta breve verificación cada mañana y, si se aplica alguna de las siguientes situaciones, informe la información de su hijo a la oficina escolar en la mañana antes de que su hijo se vaya a la escuela.

SECCIÓN 1: Síntomas

Si su hijo tiene alguno de los siguientes síntomas, eso indica una posible enfermedad que puede disminuir la capacidad del estudiante para aprender y también ponerlo en riesgo de transmitir la enfermedad a otros. Por favor revise si su hijo tiene estos síntomas:

<input type="checkbox"/>	Temperatura de 100.4 grados Fahrenheit o más cuando se toma por vía oral
<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta
<input type="checkbox"/>	Nueva tos incontrolada que causa dificultad para respirar (para estudiantes con tos crónica alérgica / asmática, un cambio en su tos desde el inicio)
<input type="checkbox"/>	Diarrea, vómitos o dolor abdominal
<input type="checkbox"/>	Nueva aparición de dolor de cabeza intenso, especialmente con fiebre.

SECCIÓN 2: Contacto cercano / exposición potencial

<input type="checkbox"/>	Tuvo contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado
<input type="checkbox"/>	Viajó o vivió en un área donde el departamento de salud local, tribal, territorial o estatal informa un gran número de casos de COVID-19
<input type="checkbox"/>	Vivir en áreas de alta transmisión comunitaria mientras la escuela permanece abierta

HAGA CLIC AQUÍ PARA EL
CUESTIONARIO DE SELECCIÓN DE
ESTUDIANTES



cdc.gov/coronavirus