

# Daily COVID-19 Symptom Screening

A parent, guardian, or 6-12 grade student can complete this form. A separate form is needed daily for each student who is attending school in person. **Students must have a completed form to enter a classroom.**

Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

1. Does the student have any of the following symptoms that are not caused by another condition?  Yes  No

- If yes, circle the symptoms you are experiencing below:

Fever at or above 100.4. degrees	Headache
Cough	Recent loss of taste or smell
Shortness of breath or difficulty breathing	Sore throat
Fatigue	Congestion
Muscle or body aches	Nausea or vomiting
Diarrhea	

2. Do any of the following statements apply to this student?  Yes  No

- Within the past 14 days, have they been in close contact with someone who has tested positive for COVID-19 or has COVID-19 symptoms?
- Within the past 14 days, have been told by a public health or medical professional to self-monitor, self-isolate, or self-quarantine because of concerns about COVID-19 infection?
- Had a positive COVID-19 test for active virus in the past 10 days?

If you answered YES to any of these questions DO NOT SEND THE STUDENT TO SCHOOL.

## Examen Diario de Síntomas de COVID-19

Un padre, tutor o estudiante de 6º a 12º grado puede completar este formulario. Se necesita un formulario por separado todos los días para cada estudiante que asiste a la escuela en persona. **Los estudiantes deben tener un formulario completo para ingresar a un salón de clases.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿El estudiante tiene alguno de estos síntomas que no son causados por otra condición?  Si  No

- En caso afirmativo, marque con un círculo los síntomas que experimenta a continuación:

Escalofríos o fiebre más de 100.4 grados	Dolor de cabeza
Tos	Pérdida reciente del gusto o el olfato
Falta de aire o dificultad para respirar.	Dolor de garganta
Fatiga	Congestión
Dolores musculares o corporales	Nausea o vomito
Diarrea	

2. ¿Alguna de las siguientes declaraciones se aplica a este estudiante?  Si  No

- En los últimos 14 días, ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que dio positivo por COVID-19 o tiene síntomas de COVID-19 ?
- En los últimos 14 días, ¿Le ha dicho un profesional médico o de salud pública que se autocontrole, se aíse o se ponga en cuarentena debido preocupaciones sobre la infección por COVID-19?
- ¿Tuvo una prueba COVID-19 positiva para virus activo en los últimos 10 días?

Si respondió SÍ a cualquiera de estas preguntas, **NO ENVÍE AL ESTUDIANTE A LA ESCUELA.**