

WARRIOR Protocols

Daily COVID-19 Symptom Screening of K-5 Students

Parent/Guardian: Complete a separate form for each child everyday he/she is attending school in person. Student must have a completed form in order to enter their classroom.

Name: _____ Grade: _____

Teacher: _____ Date: _____

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

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

- Been in close contact with someone who has tested positive for COVID-19?
- 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.

Protocolos WARRIOR

Examen Diario de Sintomas de COVID-19 en estudiantes K-5

Padre / tutor: Complete un formulario separado para cada niño todos los días que asista a la escuela en persona.

El estudiante debe tener un formulario completo para poder ingresar a su salón de clases.

Nombre: _____ Grado: _____

Maestro: _____ Fecha: _____

¿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**

¿Ha estado en contacto cercano con alguien que dio positivo por COVID-19?

¿Le ha dicho un profesional médico o de salud pública que se autocontrole, se aísole 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.