Student at Home Screening Form

All students entering the facility or ride a bus must be free on arrival of COVID-19-related symptoms that cannot be associated with a previously existing health condition. None of the following symptoms present; Fever 100.4 F or greater, chills, cough, shortness of breath/difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, congestion or runny nose, nausea, vomiting, or diarrhea.

Exclude individuals when:

- They have a temperature of ≥ 100.4 or greater, chills, cough, shortness of breath/difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, congestion or runny nose, nausea, vomiting, or diarrhea.
- They have taken medications to lower their temperature before arrival
- They have someone in their home with confirmed COVID-19 or COVID Like symptoms

NAME: _____

DATE:								
TEMPERATURE:								

In the last 24 hours has your child experienced any new:	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
COUGH														
SHORTNESS OF BREATH														
SORE THROAT														
MUSCLE ACHES														
LOSS OF SMELL OR TASTE														
HEADACHE														

DATE:								
TEMPERATURE:								

In the last 24 hours has your child experienced any new:	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
COUGH														
SHORTNESS OF BREATH														
SORE THROAT														
MUSCLE ACHES														
LOSS OF SMELL OR TASTE														
HEADACHE														

Evaluación de Salud Estudiantil en Casa

Todos los estudiantes que ingresen a las instalaciones o que viajan en el autobús escolar deben estar libres a su llegada de síntomas relacionados con COVID-19 que no puedan ser asociados con una condición de salud previamente existente. Ninguno de los siguientes síntomas presente; fiebre 100.4 F o más, escalofríos, tos, dificultad para respirar/dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva de olfato o gusto, dolor de garganta, congestión o escurrimiento nasal, náuseas, vómitos o diarrea.

Excluir Individuos (estudiantes) cuando:

- Tenga temperatura de > 100.4 o más, escalofríos, tos, dificultad para respirar/dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva de olfato o gusto, dolor de garganta, congestión o escurrimiento nasal, náuseas, vómitos o diarrea.
- Han tomado medicamentos para bajar su temperatura antes de su llegada
- Hay a alguien en casa que fue confirmado con COVID-19 o Síntomas similares a COVID

Nombre el Estudiante: _____

FECHA:								
TEMPERATURA:								

En las últimas 24 horas a tenido su hijo/a algo nuevo:	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
TOS														
FALTA DE ALIENTO														
DOLOR DE GARGANTA														
DOLORES MUSCULARES														
PERDIDA DE OLFATO Y GUSTO														
DOLOR DE CABEZA														

FECHA:								
TEMPERATURA:								

En las últimas 24 horas a tenido su hijo/a algo nuevo:	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
TOS														
FALTA DE ALIENTO														
DOLOR DE GARGANTA														
DOLORES MUSCULARES														
PERDIDA DE OLFATO Y GUSTO														
DOLOR DE CABEZA														