

## Evaluación Diaria de COVID-19 para Estudiantes

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Padres / Tutores:** Por favor completen esta autoevaluación cada mañana antes de presentarse en la parada del autobús o en la escuela.

### Sección 1: Síntomas

Cualquiera de los síntomas a continuación podría indicar una infección por COVID-19 en los niños y puede poner a su hijo en riesgo de transmitir la enfermedad a otras personas. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles y que los niños con COVID-19 pueden presentar algunos, todos o ninguno de estos síntomas. **Por favor revise a su hijo diariamente para ver si tiene estos síntomas:**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre                           | <input type="checkbox"/> Toz                      |
| <input type="checkbox"/> Resfriado                        | <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos (temblores con frío) | <input type="checkbox"/> Falta de Aire            |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuerpo o Muscular       | <input type="checkbox"/> Pérdida de Olfato        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza                  | <input type="checkbox"/> Pérdida de Gusto/Sabor   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta                | <input type="checkbox"/> Diarrea                  |
| <input type="checkbox"/> Náusea o Vómito                  | <input type="checkbox"/> Fatiga/Cansancio         |
| <input type="checkbox"/> Congestión o Mucoso              |   |

**Si alguno de estos síntomas** está marcado sin explicación, mantenga a su hijo en casa y notifique a la enfermera de la escuela para obtener más instrucciones.

### Sección 2: Contacto Cercano / Exposición Potencial

Por favor verifique si:

- Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 10 minutos en total dentro de las últimas 24 horas) con una persona con COVID-19 confirmado.
- Alguien en su hogar se le diagnosticó COVID-19.
- Su hijo/a ha viajado a un área donde muchos están infectados. Aquí están las advertencias actualizadas de viaje [estatales](#) y [federales](#).

**Si CUALQUIERA de la Sección 2 está marcada**, su hijo/a debe permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición (si su hijo/a es un contacto cercano de un caso confirmado de COVID-19) o la fecha de regreso a New Jersey. Por favor notifique a la enfermera de la escuela.

Comuníquese con el doctor de atención médica de su hijo/a o con el departamento de salud local para obtener más orientación.