

Cuestionario del COVID-19 para Estudiantes

Responda a las siguientes preguntas para determinar si su estudiante puede estar en la escuela o debe quedarse/regresar a casa.

1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

- Toz nueva
- Falta de aire al respirar
- Dificultad para respirar

O dos de los siguientes síntomas:

- Fiebre de más de 100.4°F
- Dolor de cabeza nuevo o inusual
- Escalofríos
- Dolor de músculos nuevo o sin explicación
- Dolor de garganta
- Pérdida reciente/repentina del del sentido de oler o probar
- diarrea
- náusea o vómito
- congestión o goteo de la nariz

Sí No

2. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado con alguien que tuvo una prueba positiva del COVID-19?

Sí No

3. En los últimos 3 días, ¿alguien en su hogar ha estado enfermo/a con los síntomas de la pregunta #1 o ha tenido una prueba positiva del COVID-19?

Sí No

Sí contestó “Sí” a cualquiera de estas preguntas, por favor:

- **QUÉDESE EN CASA o REGRESE A SU CASA** (a menos que haya recibido otras instrucciones de parte de su proveedor médico).
- **Llame a su proveedor de cuidado médico o el Departamento de Salud Estatal para más instrucciones.**

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____