

Nombre Del Estudiante: _____

Revisión diaria de síntomas para los estudiantes de Vale

Este es el diario de los síntomas que necesitan revisar para que su hijo pueda asistir a la escuela. Según sus respuestas, se le aprobará para asistir a la escuela o se le indicará que siga otros procedimientos. Al completar la encuesta y enviar sus respuestas, acepta que la escuela puede utilizar la información recopilada para proporcionar un entorno seguro para todos. Los datos se utilizarán únicamente para determinar si su hijo debe asistir / venir a la escuela en este momento y se mantendrán confidenciales.

Preguntas de verificación de síntomas: (Marque con un círculo Sí o No)	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
<p><u>1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas que no son causados por otra condición médica?</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Falta de aire o dificultad para respirar- Fiebre (100.4 F o más) o escalofríos- Tos- Pérdida reciente del gusto u olfato- Congestión o secreción nasal- Dolor de garganta- Dolores musculares o corporales- Dolor de cabeza- Fatiga inusual- Náuseas o vómitos- Diarrea	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
<p><u>2. ¿Alguna de las siguientes afirmaciones se aplica a usted o su hijo?</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Estuvo en contacto cercano con alguien que dio positivo por COVID-19.- Un profesional médico o de salud pública le ha dicho que se monitoree sus síntomas, se aisle o se ponga en cuarentena debido a preocupaciones sobre la infección por COVID-19- Tuvo una prueba COVID-19 positiva para virus activo en los últimos 10 días	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

* Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas ese día, no envíe a su hijo a la escuela y comuníquese con su médico para recibir orientación.

* Si los síntomas que está experimentando su hijo pueden estar directamente relacionados con otra condición o condición preexistente, responda "No".