

Student Name: _____
 Grade Level: _____
 Homeroom Teacher: _____

Date: _____
 Preferred Contact #: _____
 Parent Name: _____

Cashmere School District Student Daily Symptom Check

This is your child’s daily symptom check required to attend school. Based on your responses, you will either be approved to come to school, or you will be directed to follow other procedures. By completing the survey and submitting your responses, you agree that the information collected can be used by the school to provide a safe environment for all. The data will be used solely to determine if your child should attend/come to school at this time and will be kept confidential.

Symptom Check Questions: (Circle Yes or No)	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
1. <u>Do you have any of the following symptoms that <i>are not caused by another condition</i>?</u> - Shortness of breath or difficulty breathing - Fever (100.4 F or higher) or chills - Cough - Recent loss of taste or smell - Congestion or runny nose - Sore throat - Muscle or body aches - Headache - Unusual fatigue - Nausea or vomiting - Diarrhea	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	or	or	or	or	or
	No	No	No	No	No
2. <u>Do any of the following statements apply to you?</u> - 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	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	or	or	or	or	or
	No	No	No	No	No

*If you answered “Yes” to any of the questions on any given day, please do not send your child to school and contact your physician for guidance.

*If symptoms your child is experiencing can be directly connected to another or preexisting condition, please answer “No.”

Nombre del estudiante: _____
 Grado: _____
 Maestro: _____

Fecha: _____
 Número de teléfono preferido: _____
 Nombre del padre: _____

Distrito Escolar de Cashmere

Revisión diaria de síntomas para los estudiantes

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
<u>1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas que no son causados por <i>otra condición médica</i>?</u> - 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 o No	Si o No	Si o No	Si o No	Si o No
<u>2. ¿Alguna de las siguientes afirmaciones se aplica a usted o su hijo?</u> - 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 o No	Si o No	Si o No	Si o No	Si o 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".