



Auto Evaluación

Hacerse diariamente
antes de venir a la escuela

(Las preguntas se refieren a un estudiante o miembro del personal)

(Esto no es una sustitución de una consulta médica)

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Vives con alguien que tenga COVID-19? | Sí | No |
| 2. En los últimos 14 días, has estado en contacto cercano (menos de 6 pies, por más de 15 minutos) con alguien que haya tenido un resultado positivo der COVID-19*? | Sí | No |
| 3. ¿Has tomado medicamento para fiebre en las últimas 24 horas? | Sí | No |
| 4. ¿Tienes alguno de los siguientes NUEVOS síntomas hoy? | | |
| a. Congestión o escurrimiento nasal | Sí | No |
| b. Fiebre más de 100 grados | Sí | No |
| c. Escalofrios | Sí | No |
| d. Tos | Sí | No |
| e. Dificultad al respirar | Sí | No |
| f. Diarrea | Sí | No |
| g. Náusea (dolor de estómago) o vómito | Sí | No |
| h. Dolor de garganta | Sí | No |
| i. Dolor Muscular o fatiga | Sí | No |
| j. Pérdida del gusto u olor | Sí | No |
| k. Dolor de cabeza | Sí | No |

Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, comuníquese con su médico para obtener más orientación y llame a la secretaria de asistencia escolar. Las ausencias repetidas requerirán una nota del médico y / o resultado de la prueba COVID-19.

* Un contacto cercano se define como cualquier individuo que estuvo a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos a partir de 2 días antes del inicio de la enfermedad (o, para pacientes asintomáticos, 2 días antes de la recolección de muestras positivas).