

Daily Health Screening- Student

This Daily Health Screening is required to be completed each day before entrance to religious education.

1. Is your child, or a household member currently waiting for the results of a COVID-19 test?

No _____ **GO.** You may go to school.

Yes _____ **STOP.** You may not go to school.

2. In the past 10 days, Has your child experienced any symptoms of COVID-19, including a fever of 100.0 F or greater, new cough, loss of taste or smell, shortness of breath, sore throat, headache, nasal congestion, runny nose (sniffles), stomach upset?

No _____ **GO.** You may go to school.

Yes _____ **STOP.** You may not go to school.

3. In the past 10 days has your child gotten a lab confirmed positive COVID-19 test result (not a blood test) that was their first positive COVID-19 result OR was 90 days from their previous positive COVID-19 result? Please note the 10 days is measured from the day you were tested, not the day you received the results.

No _____ **GO.** You may go to school.

Yes _____ **STOP.** You may not go to school.

4. To the best of your knowledge, in the past 10 days has your child been in close contact (within 6 feet for at least 10 minutes over 24-hour period) with anyone who has tested positive for COVID -19 or who has been told they have symptoms of COVID-19?

No _____ **GO.** You may go to school.

Yes _____ **STOP.** You may not go to school.

5. In the past 10 days has your child or a household member returned from an international destination?

No _____ **GO.** You may go to school.

Yes _____ **STOP.** You may not go to school.

Student Name: _____ Grade: _____

Parent Signature: _____

Date: _____

EXAMEN DE SALUD DIARIO-Estudiente

Se requiere que este examen de salud diario sea completado todos los días antes de ingresar a la clase de educación religiosa.

1. ¿Está su hijo(a) o un miembro de la familia esperando actualmente los resultados de una prueba de COVID-19?

No _____ **PROSIGA.** Puede ir a la escuela.

Sí _____ **DETÉNGASE.** No puede ir a la escuela.

2. En los últimos 10 días, ¿ha experimentado su hijo(a) algún síntoma de COVID-19, esto incluye una fiebre de 100.0 F o más, tos nueva, pérdida del gusto o del olfato, dificultad para respirar, dolor de garganta, dolor de cabeza, congestión nasal, secreción nasal (resfriado), malestar estomacal?

No _____ **PROSIGA.** Puede ir a la escuela.

Sí _____ **DETÉNGASE.** No puede ir a la escuela.

3. En los últimos 10 días, ¿ha obtenido su hijo (a) un resultado positivo confirmado por un laboratorio de la prueba de COVID-19 (no un análisis de sangre) que fue su primer resultado positivo de COVID-19 o fue 90 días después de su resultado positivo previo de COVID-19? Tenga en cuenta que los 10 días se miden a partir del día en que se hizo la prueba, no el día en que recibió los resultados.

No _____ **PROSIGA.** Puede ir a la escuela.

Sí _____ **DETÉNGASE.** No puede ir a la escuela.

4. Hasta donde usted sepa, en los últimos 10 días ¿ha estado su hijo(a) en contacto cercano (dentro de los 6 pies de distancia al menos por 10 minutos durante un período de 24 horas) con cualquier persona que haya dado positivo en la prueba de COVID-19 o que le hayan dicho que tiene síntomas de COVID-19?

No _____ **PROSIGA.** Puede ir a la escuela.

Sí _____ **DETÉNGASE.** No puede ir a la escuela.

5. En los últimos 10 días, ¿su hijo(a) o un miembro del hogar ha regresado de otro país?

No _____ **PROSIGA.** Puede ir a la escuela.

Sí _____ **DETÉNGASE.** No puede ir a la escuela.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____