

Escuelas Públicas Scotch Plains-Fanwood

Examen diario de síntomas 2020-2021

Se requiere la finalización de un formulario diario de detección de síntomas de todos los estudiantes. Cualquiera de los siguientes síntomas podría indicar una infección de COVID-19 u otra enfermedad y puede ponerlo en riesgo de propagar la enfermedad a otras personas. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles y que los niños con COVID-19 pueden tener cualquiera, todos o ninguno de estos síntomas. No se deben utilizar medicamentos como el paracetamol (Tylenol), el ibuprofeno (Motrin y Advil) y Naproxen (Aleve) para eliminar estos síntomas antes de ir a la escuela. **Esta información es confidencial.**

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Examen diario de síntomas

1. **¿Ha tenido el estudiante uno (1) o más de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas? Si es así, deben quedarse en casa e iniciar sesión en el aprendizaje remoto. Si el estudiante está demasiado enfermo para participar, llame a la línea de asistencia de la escuela para reportar la ausencia. Comuníquese con la enfermera de la escuela, así como con su proveedor médico para obtener más instrucciones. Se necesitará autorización médica para regresar a la escuela.**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Fiebre igual o superior a 100 grados F. | <input type="radio"/> Nueva pérdida de sabor y/o olfato |
| <input type="radio"/> Tos | <input type="radio"/> Diarrea |
| <input type="radio"/> Dificultad de respirar | <input type="radio"/> Vómitos |
| | <input type="radio"/> Nada de lo anterior |

2. **¿Ha tenido el estudiante dos (2) o más de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas? Si es así, deben quedarse en casa e iniciar sesión en el aprendizaje remoto. Si el estudiante está demasiado enfermo para participar, llame a la línea de asistencia de la escuela para reportar la ausencia. Comuníquese con la enfermera de la escuela, así como con su proveedor médico para obtener más instrucciones. Se necesitará autorización médica para regresar a la escuela.**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Escalofrío | <input type="radio"/> Fatiga |
| <input type="radio"/> Dolores musculares (no relacionados con la actividad física reciente) | <input type="radio"/> Congestión o secreción nasal |
| <input type="radio"/> Dolor de cabeza (no relacionado con la migraña crónica) | <input type="radio"/> Ojos Rojos |
| <input type="radio"/> Dolor de garganta | <input type="radio"/> Erupción |
| <input type="radio"/> Náuseas (no relacionadas con la migraña crónica o el ciclo menstrual) | <input type="radio"/> Ninguno de los anteriores |

Enfermedad/Contacto cercano/Exposición potencial

3. **Compruebe las siguientes declaraciones. Si alguna de las declaraciones, con respecto a la enfermedad, el contacto cercano o la posible exposición se comprueba, permanezca en casa, inicie sesión en el aprendizaje virtual e informe de la ausencia. Comuníquese con la enfermera de la escuela, así como con su proveedor médico para obtener más instrucciones. Se necesitará autorización médica para regresar a la escuela.**

- El estudiante ha salido positivo por COVID y NO ha completado 10 días de aislamiento.
- El estudiante ha estado en estrecho contacto con una persona que ha dado positivo para COVID en los últimos 14 días. El contacto cercano se define como estar dentro de 6 pies de una persona infecciosa durante 15 minutos durante un período de 24 horas. Los 15 minutos pueden ser continuos o acumulativos.
- El estudiante ha tenido contacto cercano con una persona diagnosticada con COVID-19 (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 10 minutos).
- A alguien en su hogar se le diagnostica COVID-19.
- El estudiante ha viajado a un área de alta transmisión comunitaria en los últimos 14 días que requiere cuarentena al regresar.
- Nada de lo anterior.

Nombre de la persona que completa el formulario _____