

La escuela Hagedorn Little Villaje

Evaluación inicial diaria: estudiantes (efectivo a partir del 1 de octubre de 2020)

Nombre del estudiante: _____ **Fecha:** _____

Salón de clases: _____

Padres / guardianes: completo esta breve lista de verificación cada mañana para reportar la información de evaluación de su hijo. Inserte la página completa en la etiqueta de plástico. Se deben colocar etiquetas de plástico en la mochila de su hijo. El maestro de la clase conservará la copia para los registros escolares.

Sección 1: Síntomas (Marque si cada casilla es "sí o no")

SI	NO	Síntomas
		Temperatura de 100,4 grados Fahrenheit o más.
		Nueva tos incontrolada que causa dificultad para respirar (para estudiantes con tos crónica alérgica / asmática, un cambio en su tos desde el inicio)
		Diarrea, vómitos o dolor abdominal
		Nueva aparición de dolor de cabeza intenso, especialmente con fiebre.
		Pérdida del gusto o el olfato
		Dolor de garganta (nuevo o que empeora)

Sección 2: Contacto cercano / Exposición potencial

(Marque si cada casilla es "sí o no")

SI	NO	Contacto cercano / Exposición potencial
		¿Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 10 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado?
		¿Su hijo dio positivo por COVID-19 a través de una prueba de diagnóstico en los últimos 14 días?
		¿Ha viajado su hijo a un área donde el departamento de salud estatal está reportando un gran número de casos de COVID-19 como se indica en el sitio web del DOH https://coronavirus.health.ny.gov/covid-19-travel-advisory

La escuela Hagedorn Little Villaje

Evaluación inicial diaria: estudiantes (efectivo a partir del 1 de octubre de 2020)

Nombre del estudiante: _____ **Fecha:** _____

Salón de clases: _____

Padres / guardianes: completo esta breve lista de verificación cada mañana para reportar la información de evaluación de su hijo. Inserte la página completa en la etiqueta de plástico. Se deben colocar etiquetas de plástico en la mochila de su hijo. El maestro de la clase conservará la copia para los registros escolares.

Sección 1: Síntomas (Marque si cada casilla es "sí o no")

SI	NO	Síntomas
		Temperatura de 100,4 grados Fahrenheit o más.
		Nueva tos incontrolada que causa dificultad para respirar (para estudiantes con tos crónica alérgica / asmática, un cambio en su tos desde el inicio)
		Diarrea, vómitos o dolor abdominal
		Nueva aparición de dolor de cabeza intenso, especialmente con fiebre.
		Pérdida del gusto o el olfato
		Dolor de garganta (nuevo o que empeora)

Sección 2: Contacto cercano / Exposición potencial

(Marque si cada casilla es "sí o no")

SI	NO	Contacto cercano / Exposición potencial
		¿Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 10 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado?
		¿Su hijo dio positivo por COVID-19 a través de una prueba de diagnóstico en los últimos 14 días?
		¿Ha viajado su hijo a un área donde el departamento de salud estatal está reportando un gran número de casos de COVID-19 como se indica en el sitio web del DOH https://coronavirus.health.ny.gov/covid-19-travel-advisory