



Cuestionario de exploración médica de entrada al edificio para estudiantes

Las siguientes preguntas deben ser respondidas por un estudiante responsable o tutor antes de admitir al estudiante en la escuela todos los días

Nombre de estudiante: _____

Desde la última vez que asistió a la escuela, ¿usted (si es estudiante) / su hijo o hija (si es padre o madre) ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

- ¿Tos?
- Dificultad para respirar
- ¿Respiración dificultosa?
- ¿Nueva pérdida del gusto o del olfato?
- ¿Fiebre de 100,4 grados o más?
- ¿Escalofríos o temblores?
- ¿Dolores musculares?
- ¿Dolor de cabeza?
- ¿Dolor de garganta?
- ¿Náuseas o vómitos?
- ¿Diarrea?
- ¿Fatiga?
- ¿Congestión o secreción nasal?

Sí o No

Desde la última vez que asistió a la escuela, ¿usted (si es estudiante) / su hijo o hija (si es padre o madre) está esperando el resultado de la prueba de COVID-19, ha sido diagnosticado con COVID-19 o ha recibido instrucciones de algún proveedor de atención médica o del departamento de salud para aislarse o ponerse en cuarentena ?

Sí o No

En los últimos 14 días, ¿usted (si es estudiante) / su hijo o hija (si es padre o madre) ha tenido contacto cercano (dentro de los 6 pies durante al menos 15 minutos) con alguien diagnosticado con COVID-19 o sospechado de tener COVID-19 (es decir, examinado debido a los síntomas)?

Sí o No

Si marcó Sí en alguna pregunta de la encuesta, no se le permite ingresar al edificio. Comuníquese con la enfermera o el director de su escuela para obtener más información. Gracias.

Fecha de la encuesta: _____

Hora de la encuesta: _____