

Examen de salud diario de COVID-19



Se le solicitará diariamente para cada estudiante antes de la participación en el programa presencial.

| | | | |
|----------------------------|--|--|---|
| Verificación de exposición | | En los últimos 10 días, ¿el estudiante ha tenido contacto cercano con alguien en el hogar que haya sido diagnosticado con COVID-19 o que haya recibido una prueba que confirme que tiene el virus? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | ¿Vive el estudiante en la misma casa con alguien que ha estado aislado o que recibió una prueba positiva de COVID-19 en los últimos 14 días? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | En los últimos 14 días, ¿el estudiante ha tenido contacto cercano con alguien fuera del hogar que haya sido diagnosticado con COVID-19 o que haya recibido una prueba que confirme que tiene el virus? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-----------------|---|--|
| Verificación visual y de síntomas | | En los últimos 10 días, ¿se le diagnosticó al estudiante o se le realizó una prueba que confirme que tiene COVID-19? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | Desde que el estudiante estuvo en la escuela por última vez (o en los últimos 10 días si el estudiante ha estado fuera de la escuela más de 10 días), ¿ha tenido el estudiante alguno de estos síntomas, nuevos o diferentes de los que normalmente tiene, o que no se expliquen por otro motivo? | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | *Si el estudiante tiene alguno de estos síntomas enumerados o antecedentes de COVID-19 en los últimos 10 días, envíelo a casa con los requisitos para regresar a la escuela. | | | | |
| | | Falta de aire o dificultad para respirar | | Dolor de garganta | |
| | | Fiebre o escalofríos | | Nueva pérdida de gusto u olfato | |
| | Náuseas o vómitos | | Tos | | |
| | Diarrea | | Dolor de cabeza | | |

| | | | |
|------------------------|--|---|---|
| Control de temperatura | | ¿Controló la temperatura con un termómetro? Si no es así, el personal de la escuela puede controlar la temperatura a la llegada del estudiante. <i>Se considera fiebre una temperatura de 100°F (37.8°C) o más</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------------------|--|---|---|

El contacto cercano significa que el estudiante estuvo a 6 pies de una persona con COVID positiva durante 15 minutos o más (incluidos múltiples períodos más cortos que sumen 15 minutos) AUNQUE el estudiante y la otra persona hayan usado cubreboca. El contacto cercano también puede significar que el estudiante tuvo una exposición importante a los aerosoles respiratorios de la persona con COVID positiva; por ejemplo, la persona enferma tosió directamente sobre el estudiante.