



Examen de salud estudiantil diario en el hogar para padres/tutores



Estamos en medio de una pandemia y para minimizar la propagación de enfermedades a otros, es fundamental que su hijo se quede en casa cuando esté enfermo, experimente signos y síntomas de una enfermedad contagiosa y/o cuando haya estado en contacto cercano con una persona que dio positivo en la prueba de COVID-19. De hecho, podría marcar la diferencia entre el control de enfermedades y los brotes.

Antes de enviar a su hijo a la escuela todas las mañanas, se les pide a los padres de familia / tutores que realicen el Examen de salud estudiantil diario en el hogar para determinar si es seguro que su hijo asista a la escuela.

SECCIÓN 1 – EXPOSICIÓN A COVID-19 Y SÍNTOMAS

<input type="checkbox"/>	¿Su hijo ha dado positivo en una prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	¿Su hijo ha estado en contacto cercano (a menos de 6 pies) con alguien que ha obtenido un diagnóstico positivo confirmado o pendiente de COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	¿Su hijo o algún miembro de su hogar ha realizado la prueba de COVID-19 (porque estaban experimentando síntomas o estuvieron en contacto cercano con alguien que dio positivo en la prueba de COVID-19) y actualmente espera los resultados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	¿Su hijo actualmente está enfermo con COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 2 – SIGNOS O SÍNTOMAS – LAS ÚLTIMAS 48 HORAS

¿Su hijo ha experimentado o está experimentando alguno de los siguientes signos o síntomas enumerados a continuación en las últimas 48 horas?

<input type="checkbox"/>	Fiebre (100.4°F o más)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Tos (Nueva tos incontrolada que causa dificultad al respirar) (Para estudiantes con tos de alergias/asma, un cambio en la tos que sea diferente a lo habitual.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Dolores musculares o corporales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Pérdida de olfato o gusto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Otros: Erupción, ojos enrojecidos, labios agrietados/inflamados, lengua roja e inflamada, manos/pies inflamados, dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Congestión, secreción nasal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Nausea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Vómito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 3 – CONTROL DE TEMPERATURA

<input type="checkbox"/>	¿Cuál es la temperatura actual de su hijo esta mañana?	
--------------------------	--	--

SECCIÓN 4 – PRÓXIMOS PASOS – SI SU HIJO HA TENIDO UNO DE LOS SÍNTOMAS ANTERIORES

<input type="checkbox"/>	Si ha respondido “sí” a alguna pregunta anterior, o la temperatura de su hijo es de 100.4 °F (37.5°C) o más, por favor no envíe su hijo a la escuela.	
<input type="checkbox"/>	Debe comunicarse inmediatamente con el profesional de salud de su hijo. ¡NO ESPERA A QUE EMPEOREN LOS SÍNTOMAS!	
<input type="checkbox"/>	Solamente tener estos síntomas no significa que su hijo tiene una enfermedad contagiosa o que tiene el virus, pero SOLAMENTE un profesional de salud puede determinar eso.	
<input type="checkbox"/>	Notifique al director en la escuela de su hijo sobre sus síntomas.	

SECCIÓN 5 – SUGERENCIAS PARA PADRES DE FAMILIA / TUTORES

<input type="checkbox"/>	<p>Mantenga a su hijo en casa si está enfermo, y debería quedarse en casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Al menos tres días (72 horas) <i>después de la desaparición de los síntomas;</i> <input type="checkbox"/> Libre de fiebre sin el uso de medicamentos que reducen la fiebre; <input type="checkbox"/> Hasta que mejoren los síntomas respiratorios (por ejemplo, tos, falta de aire); y/o después de que hayan transcurrido al menos 10 días desde el inicio de los síntomas; <input type="checkbox"/> Continuando a practicar la higiene saludable, lavándose las manos, cubriéndose la cara, manteniendo la distancia / el espacio apropiado.
--------------------------	--



Parent/Guardian's At-Home Daily Student Health Screening



We are in the midst of a pandemic, and having your child stay home when they are ill, experiencing signs and symptoms of a communicable disease, and/or when they have come into close contact with a person who has tested positive for COVID-19, is critical to minimizing the spread of illness to others. In fact, it could make the difference between disease control and outbreak.

Prior to sending your child to school each morning, parents/guardians are being asked to conduct the At-Home Daily Student Health Screening to determine if it is safe for your child to attend school.

SECTION 1 – COVID-19 EXPOSURE & SYMPTOMS

<input type="checkbox"/>	Has your child tested positive for COVID-19 in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Has your child been in close contact (within 6 feet) with someone who has a confirmed positive or pending COVID-19 diagnosis in the past 14 day?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Has your child or anyone in your household been tested for COVID-19 (because they were experiencing symptoms, were in close contact with someone who had tested positive for COVID-19) and are awaiting results?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Is your child currently ill with COVID-19?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

SECTION 2 – SIGNS OR SYMPTOMS – PAST 48 HOURS

Has your child experienced or is experiencing any of the following signs or symptoms listed below in the past 48 hours?

<input type="checkbox"/>	Fever (100.4°F or higher)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Cough (New uncontrolled cough that causes difficulty breathing) (For students with chronic allergic/asthmatic cough, a change in their cough different from their baseline.)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Shortness of Breath	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Muscle or Body Aches	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Headache	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Other: Rash, Red Eyes, Cracked/Swollen lips, Red Swollen Tongue, Swelling hands/ feet, stomach pain	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Sore Throat	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Congestion, runny nose	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Nausea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Vomiting	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Diarrhea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

SECTION 3 – TEMPERATURE CHECK

<input type="checkbox"/>	What is your child's current temperature this morning?	
--------------------------	--	--

SECTION 4 – NEXT STEPS – IF YOUR CHILD HAS ANY OF THE ABOVE-MENTIONED SYMPTOMS

<input type="checkbox"/>	If you answer “ yes ” to any of the above, or your child’s temperature is 100.4 °F (37.5°C) or higher, please do not send your child to school.	
<input type="checkbox"/>	You should contact your child’s health care provider immediately. DON'T WAIT FOR SYMPTOMS TO WORSEN!	
<input type="checkbox"/>	Having these symptoms alone does not mean that your child has a contagious disease or has the virus, but ONLY a health care provider can determine that.	
<input type="checkbox"/>	Notify the principal at your child’s school of their symptoms.	

SECTION 5 – GUIDANCE FOR PARENTS/GUARDIANS

<input type="checkbox"/>	Keep your child home if they are ill, and they should remain home for:
<input type="checkbox"/>	At least three days (72 hours) have passed <i>since symptoms have resolved</i> ;
<input type="checkbox"/>	Free of fever without the use of fever-reducing medications;
<input type="checkbox"/>	Improvement in respiratory symptoms (e.g., cough, shortness of breath); and/or at least 10 days have passed <i>since symptoms first appeared</i> ;
<input type="checkbox"/>	Continue practice health hygiene, handwashing, face covering, maintaining appropriate distance/space.