

**Parents:** Please complete the health screening questionnaire each morning. Your child must bring this form back EVERY morning and give it to their teacher. The form should be completed in the morning before your child leaves for school.

If the answer is **YES** to any question, please **do not** bring your child to school and contact your medical professional.

**Health Screening Questions:**

1. If your child has any of the following symptoms, that indicates a possible illness that may decrease the student's ability to learn and also put them at risk for spreading illness to others. Does your child have any of these symptoms:

- Temperature 100.4 degrees Fahrenheit
- Sore Throat
- New uncontrolled cough that causes difficulty breathing (for students with chronic allergic/asthmatic cough, a change in their cough from baseline)
- Diarrhea, vomiting, or abdominal pain
- New onset of severe headache, especially with a fever
- Shortness of breath
- Fatigue
- Muscle or body aches
- New loss of taste or smell
- Congestion or runny nose
- Nausea or vomiting
- Diarrhea

No. The student may go to school

Yes. The student may **not** go to school.

1. To the best of your knowledge, in the past 14 days, has your child been in close contact (within 6 feet for at least 10 minutes) with anyone who has tested positive through a diagnostic test for COVID-19 or who has or had symptoms of COVID-19?

No. The student may go to school

Yes. The student may **not** go to school.

2. Has your child traveled internationally or from a state with widespread community transmission of COVID-19 per the [New York State Travel Advisory](#) in the past 14 days.

No. The student may go to school

Yes. The student may **not** go to school.

**NAME OF CHILD** \_\_\_\_\_ **GRADE** \_\_\_\_\_

**PARENT SIGNATURE** \_\_\_\_\_

**Padres:** Por favor complete el cuestionario de evaluación de salud cada mañana. Su hijo debe traer este formulario CADA mañana y dárselo a su maestro. El formulario debe completarse en la mañana antes de que su hijo se vaya a la escuela.

Si la respuesta es **SÍ** a alguna pregunta, no traiga a su hijo a la escuela y comuníquese con su profesional médico.

**Preguntas sobre Exámenes Médicos:**

1. Si su hijo tiene alguno de los siguientes síntomas, eso indica una posible enfermedad que puede disminuir la capacidad del estudiante para aprender y también ponerlo en riesgo de transmitir la enfermedad a otros. ¿Su hijo tiene alguno de estos síntomas?

- Temperatura 100,4 grados Fahrenheit
- Dolor de garganta
- Nueva tos incontrolada que causa dificultad para respirar (para estudiantes con alergia crónica tos asmática, un cambio en su tos desde el inicio)
- Diarrea, vómitos o dolor abdominal
- Nueva aparición de dolor de cabeza intenso, especialmente con fiebre
- Dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolores musculares o corporals
- Nueva pérdida del gusto u olfato
- Congestión o secreción nasal
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

No. El estudiante puede ir a la escuela

Si. El estudiante no puede ir a la escuela.

2. Según su leal saber y entender, en los últimos 14 días, ¿su hijo ha estado en contacto cercano (dentro de los 6 pies durante al menos 10 minutos) con alguien que haya dado positivo en una prueba de diagnóstico para COVID-19 o que tenga o ¿Tuvo síntomas de COVID-19?

No. El estudiante puede ir a la escuela

Si. El estudiante no puede ir a la escuela.

3. ¿Su hijo ha viajado internacionalmente o desde un estado con transmisión comunitaria generalizada de COVID-19 según el [Aviso de Viajes del Estado de Nueva York](#) en los últimos 14 días?

No. El estudiante puede ir a la escuela

Si. El estudiante no puede ir a la escuela.

**NOMBRE DEL NIÑO** \_\_\_\_\_

**GRADO** \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LOS PADRES** \_\_\_\_\_