



Mrs. Donna Leshner
Elementary School Principal

Mr. Andrew Weber
Superintendent of Schools

Ms. Karen Gfroehrer
Business Administrator

Mrs. Maris Lynn
Middle School Principal

Home of the Coyotes

Mr. Scott Sarraiocco
Supervisor of Curriculum & Data

COVID-19 Daily Screening for Students

Padres / Tutores: Por favor complete este breve formulario cada mañana y entréguelo al llegar a la escuela. Se requiere un formulario cumplimentado

Sección 1: Síntomas

Cualquiera de los siguientes síntomas podría indicar infección por COVID-19 en los niños y puede poner a su hijo en riesgo de transmitir la enfermedad a otras personas. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles y que los niños con COVID-19 pueden experimentar alguno, todos o ninguno de estos síntomas. Por favor compruebe los síntomas de su hijo a diario.

Column A

Table with 2 columns: checkbox and symptom name. Symptoms include: Fiebre (100.4 o mas) \*, Escalofrió, Temblores, Mialgia (dolor de músculos), Dolor de cabeza, Dolor de garganta, Nauseas o Vómitos\*, Diarrea\*, Fatiga, Congestión o moqueo.

Column B

Table with 2 columns: checkbox and symptom name. Symptoms include: Tos, Dificultad para respirar, Falta de aire, Perdida del olfato, Perdida del gusto.

\* Estudiantes que están enfermos (tengan fiebre, vómitos, diarrea...) no deben venir a la escuela
\* Las temperaturas deben ser menores que 100.4 grados SIN MEDICACION para reducirla.

DOS O MÁS áreas en la Columna A O AL MENOS UN área en la columna B por favor deje a su hijo en casa y notifique a la escuela para más instrucciones

Sección 2: Contacto cercano / Posible exposición al virus

Por favor, comprueba si

Table with 2 columns: checkbox and question text. Questions include: En los últimos 14 días - Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos en un periodo de 24 horas), En los últimos 14 días - Alguien en su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19, En los últimos 10 días - Su hijo ha viajado a un área de alta transmisión comunitaria.

Si marca CUALQUIERA de las áreas de la Sección 2, su hijo debe permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición (si el niño ha estado en contacto cercano de un caso confirmado de COVID-19) o de la fecha de regreso al estado de Nueva Jersey. Por favor, póngase en contacto con el médico de su hijo o con el departamento de salud local para obtener mas información.
[ ] He evaluado mi hijo/a y no tiene síntomas.

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de padre/tutores \_\_\_\_\_