



MULLICA TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT



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

Lista de verificación de detección diaria de COVID-19

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

<input type="checkbox"/>	Fiebre (100.4 o mas) *
<input type="checkbox"/>	Escalofrió
<input type="checkbox"/>	Temblores
<input type="checkbox"/>	Mialgia (dolor de músculos)
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta
<input type="checkbox"/>	Nauseas o Vómitos*
<input type="checkbox"/>	Diarrea*
<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	Congestión o moqueo

Column B

<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/>	Falta de aire
<input type="checkbox"/>	Perdida del olfato
<input type="checkbox"/>	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:

<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	En los últimos 14 días - Alguien en su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19

Si **CUALQUIERA** de los campos de la **Sección 2** está **marcado**, comuníquese con la escuela para obtener recomendaciones de exclusión. Comuníquese con el proveedor de atención médica de su hijo o con el departamento de salud local para obtener más orientación.