

Parents/Guardians: Please complete this short health check for your student each morning and have your student bring this form to the school's entrance gate. Note: If you have checked YES in one or more boxes, please do NOT bring your student to school and contact your healthcare provider.

Symptoms/Potential Exposure:

YES	NO	Fever of 100.0 °F or higher <input type="checkbox"/> Temperature re-check needed. Temperature: _____ (staff use only)
YES	NO	Cough
YES	NO	Shortness of breath or difficulty breathing
YES	NO	Loss of taste or smell
YES	NO	Headache
YES	NO	Sore throat
YES	NO	Muscle pain, body aches, or fatigue
YES	NO	Vomiting, nausea, diarrhea, or abdominal pain
YES	NO	Runny nose or congestion
YES	NO	Itchy or red eyes
YES	NO	In the last 14 days had close contact (within 6 feet of a case for a cumulative 15 minutes or more) with anyone who tested positive for COVID-19.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Updated 12.17.2020

Padres / Tutores: Por favor complete este breve chequeo médico para su estudiante cada mañana y pídale a su estudiante que traiga este formulario a la puerta de entrada de la escuela. Nota: Si marcó SÍ en una o más casillas, NO traiga a su estudiante a la escuela y comuníquese con su proveedor de atención médica.

Síntomas/Exposición potencial

SI	NO	Fiebre de 100,0 °F o más <input type="checkbox"/> Es necesario volver a comprobar la temperatura. Temperatura: _____ (solo para uso del personal)
SI	NO	Tos
SI	NO	Falta de aire o dificultad para respirar
SI	NO	Pérdida del gusto o del olfato
SI	NO	Dolor de cabeza
SI	NO	Dolor de garganta
SI	NO	Dolor muscular, dolor corporal o fatiga
SI	NO	Vómitos, náuseas, diarrea o dolor abdominal
SI	NO	Secreción nasal o congestión
SI	NO	Picazón o ojos rojos
SI	NO	En los últimos 14 días tuvo contacto cercano (a menos de 6 pies de un caso durante 15 minutos acumulativos o más) con cualquier persona que dio positivo por COVID-19.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Updated 12.17.2020