

Daily Attestation of Home ScreeningStudent Name: _____ **Completing this form is required daily.****Date:** _____ **Parent Signature:** _____

Yes No

In the last 14 days, has anyone in your household had close contact with someone who has or is suspected to have COVID-19?

In the last 48 hours, has your child experienced any of the following symptoms?

Fever (over 100.4)

Headache

Cough

Sore Throat

Shortness of breath

Chills

Muscle aches

Loss of taste and smell

Gastrointestinal (nausea, vomiting or diarrhea)

Daily Attestation of Home ScreeningStudent Name: _____ **Completing this form is required daily.****Date:** _____ **Parent Signature:** _____

Yes No

In the last 14 days, has anyone in your household had close contact with someone who has or is suspected to have COVID-19?

In the last 48 hours, has your child experienced any of the following symptoms?

Fever (over 100.4)

Headache

Cough

Sore Throat

Shortness of breath

Chills

Muscle aches

Loss of taste and smell

Gastrointestinal (nausea, vomiting or diarrhea)

Daily Attestation of Home ScreeningStudent Name: _____ **Completing this form is required daily.****Date:** _____ **Parent Signature:** _____

Yes No

In the last 14 days, has anyone in your household had close contact with someone who has or is suspected to have COVID-19?

In the last 48 hours, has your child experienced any of the following symptoms?

Fever (over 100.4)

Headache

Cough

Sore Throat

Shortness of breath

Chills

Muscle aches

Loss of taste and smell

Gastrointestinal (nausea, vomiting or diarrhea)

Daily Attestation of Home ScreeningStudent Name: _____ **Completing this form is required daily.****Date:** _____ **Parent Signature:** _____

Yes No

In the last 14 days, has anyone in your household had close contact with someone who has or is suspected to have COVID-19?

In the last 48 hours, has your child experienced any of the following symptoms?

Fever (over 100.4)

Headache

Cough

Sore Throat

Shortness of breath

Chills

Muscle aches

Loss of taste and smell

Gastrointestinal (nausea, vomiting or diarrhea)

Declaración de padres sobre la evaluación en el hogar**Declaración de padres sobre la evaluación en el hogar**

Nombre del Estudiante: _____ Completar este formulario es requerido diariamente	Nombre del Estudiante: _____ Completar este formulario es requerido diariamente
Fecha: _____ Firma del padre: _____	Fecha: _____ Firma del padre: _____
<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿En los últimos 14 días alguna persona en su casa ha tenido contacto cercano con una persona que ha tenido o es sospechoso de tener o haber tenido COVID-19?</p> <p>En las utimas 48 horas, su hijo/a experimentado alguno de los siguientes sintomas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre arriba de 100.4</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Garganta Irritada</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escalofrios</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor Muscular</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdida de Sabor u Olor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastro Intestinal (nauseas, vomito o diarrea)</p>	<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿En los últimos 14 días alguna persona en su casa ha tenido contacto cercano con una persona que ha tenido o es sospechoso de tener o haber tenido COVID-19?</p> <p>En las utimas 48 horas, su hijo/a experimentado alguno de los siguientes sintomas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre arriba de 100.4</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Garganta Irritada</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escalofrios</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor Muscular</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdida de Sabor u Olor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastro Intestinal (nauseas, vomito o diarrea)</p>

Declaración de padres sobre la evaluación en el hogar**Declaración de padres sobre la evaluación en el hogar**

Nombre del Estudiante: _____ Completar este formulario es requerido diariamente	Nombre del Estudiante: _____ Completar este formulario es requerido diariamente
Fecha: _____ Firma del padre: _____	Fecha: _____ Firma del padre: _____
<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿En los últimos 14 días alguna persona en su casa ha tenido contacto cercano con una persona que ha tenido o es sospechoso de tener o haber tenido COVID-19?</p> <p>En las utimas 48 horas, su hijo/a experimentado alguno de los siguientes sintomas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre arriba de 100.4</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Garganta Irritada</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escalofrios</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor Muscular</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdida de Sabor u Olor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastro Intestinal (nauseas, vomito o diarrea)</p>	<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿En los últimos 14 días alguna persona en su casa ha tenido contacto cercano con una persona que ha tenido o es sospechoso de tener o haber tenido COVID-19?</p> <p>En las utimas 48 horas, su hijo/a experimentado alguno de los siguientes sintomas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre arriba de 100.4</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Garganta Irritada</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escalofrios</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor Muscular</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdida de Sabor u Olor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastro Intestinal (nauseas, vomito o diarrea)</p>