

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO

Padres completen esta evaluación diariamente.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre: _____

Si	No	¿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?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si	No	¿Ahi alguien en su hogar que se ha hecho la prueba de COVID-19 y está esperando los resultados de la prueba?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En las últimas 12 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

Si	No	Fiebre arriba de 100.4	Si	No	Escalofríos
Si	No	Dolor de Cabeza	Si	No	Dolor Muscular
Si	No	Tos	Si	No	Garganta Irritada
Si	No	Dificultad para Respirar	Si	No	GASTROINTESTINAL (náuseas, vómito o diarrea)
Si	No	Pérdida de Sabor u Olor			

rev. 1/12/2020

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO

Padres completen esta evaluación diariamente.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre: _____

Si	No	¿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?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si	No	¿Ahi alguien en su hogar que se ha hecho la prueba de COVID-19 y está esperando los resultados de la prueba?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En las últimas 12 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

Si	No	Fiebre arriba de 100.4	Si	No	Escalofríos
Si	No	Dolor de Cabeza	Si	No	Dolor Muscular
Si	No	Tos	Si	No	Garganta Irritada
Si	No	Dificultad para Respirar	Si	No	GASTROINTESTINAL (náuseas, vómito o diarrea)
Si	No	Pérdida de Sabor u Olor			

rev. 1/12/2020

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO

Padres completen esta evaluación diariamente.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre: _____

Si	No	¿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?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si	No	¿Ahi alguien en su hogar que se ha hecho la prueba de COVID-19 y está esperando los resultados de la prueba?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En las últimas 12 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

Si	No	Fiebre arriba de 100.4	Si	No	Escalofríos
Si	No	Dolor de Cabeza	Si	No	Dolor Muscular
Si	No	Tos	Si	No	Garganta Irritada
Si	No	Dificultad para Respirar	Si	No	GASTROINTESTINAL (náuseas, vómito o diarrea)
Si	No	Pérdida de Sabor u Olor			

rev. 1/12/2020

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO

Padres completen esta evaluación diariamente.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre: _____

Si	No	¿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?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si	No	¿Ahi alguien en su hogar que se ha hecho la prueba de COVID-19 y está esperando los resultados de la prueba?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En las últimas 12 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

Si	No	Fiebre arriba de 100.4	Si	No	Escalofríos
Si	No	Dolor de Cabeza	Si	No	Dolor Muscular
Si	No	Tos	Si	No	Garganta Irritada
Si	No	Dificultad para Respirar	Si	No	GASTROINTESTINAL (náuseas, vómito o diarrea)
Si	No	Pérdida de Sabor u Olor			

rev. 1/12/2020

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO

Padres completen esta evaluación diariamente.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre: _____

Si	No	¿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?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si	No	¿Ahi alguien en su hogar que se ha hecho la prueba de COVID-19 y está esperando los resultados de la prueba?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En las últimas 12 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

Si	No	Fiebre arriba de 100.4	Si	No	Escalofríos
Si	No	Dolor de Cabeza	Si	No	Dolor Muscular
Si	No	Tos	Si	No	Garganta Irritada
Si	No	Dificultad para Respirar	Si	No	GASTROINTESTINAL (náuseas, vómito o diarrea)
Si	No	Pérdida de Sabor u Olor			

rev. 1/12/2020

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO

Padres completen esta evaluación diariamente.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre: _____

Si	No	¿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?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si	No	¿Ahi alguien en su hogar que se ha hecho la prueba de COVID-19 y está esperando los resultados de la prueba?
-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En las últimas 12 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

Si	No	Fiebre arriba de 100.4	Si	No	Escalofríos
Si	No	Dolor de Cabeza	Si	No	Dolor Muscular
Si	No	Tos	Si	No	Garganta Irritada
Si	No	Dificultad para Respirar	Si	No	GASTROINTESTINAL (náuseas, vómito o diarrea)
Si	No	Pérdida de Sabor u Olor			

rev. 1/12/2020