



COVID-19 Daily Symptom Checker for Students: Assessments & Cohorts

Dear Parent/Guardian,

The Los Angeles County Public Health Officer and the California Department of Public Health (CDPH) require that a daily Covid-19 symptoms check be conducted for each student every morning before coming to school and entering campus. *The COVID-19 Daily Symptom Checker for Students* must be completed whether your child has symptoms or not.

Your child should not come to school if there are any **YES** answers to the questions below or if he/she is experiencing any of the symptoms listed.

Students First and Last Name _____ School _____

Parent/guardian name _____

Parent/guardian phone (____) _____ Email address _____

Is your child feeling ill?

Yes No

Does your child have any of the following symptoms?

- Temperature of 100.4 degrees or higher
- Cough (especially a new uncontrolled cough causing difficulty breathing; for children with chronic allergic asthmatic cough, a change in baseline cough)
- Shortness of breath or difficulty breathing (unexplained)
- Headache (unexplained)
- Sore Throat
- Chills or uncontrollable body shaking with chills
- Nausea or vomiting (unexplained)
- Diarrhea (unexplained)
- Fatigue (unexplained)
- Congestion or runny nose (unexplained and unrelated to existing seasonal allergies underlying chronic condition)
- Muscle aches or body aches
- New loss of taste or smell
- Student has no COVID-19 symptoms**

Has your child been diagnosed with COVID-19 or asked by a health care provider to be tested for COVID-19 in the past 14 days?

Yes No

Has your child been in close contact (less than 6 feet for 15 minutes or more) with someone who has been diagnosed with COVID-19 or someone who has been told by a health care provider to be tested for COVID-19 in the past 14 days?

Yes No

If you answered **YES** to any of the above questions, your child will not be able to enter campus. You will be provided with further information and instructions.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Temperature: _____

Staff Signature: _____

Verificador Diario de Síntomas de COVID-19 para Estudiantes: Evaluaciones y Cohortes



Estimado Padre de Familia/Tutor,

El Oficial de Salud Pública del Condado de Los Ángeles y el Departamento de Salud Pública de California (CDPH) requieren que se realice un chequeo diario de los síntomas de Covid-19 para cada estudiante cada mañana antes de venir a la escuela y entrar al campus. *El Verificador Diario de Síntomas de Covid-19 para Estudiantes* debe completarse sin importar si su hijo(a) tiene o no tiene síntomas.

Su hijo(a) **no** debe venir a la escuela si responde **SÍ** a cualquiera de las siguientes preguntas o si tiene alguno de los síntomas mencionados.

Nombre y Apellido del Estudiante _____ Escuela _____

Nombre del Padre/Tutor _____

Teléfono del Padre/Tutor (_____) _____ Correo Electrónico _____

¿Se siente enfermo su hijo(a)?

Sí No

¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes síntomas?

- Temperatura de 100.4 grados o más
- Tos (especialmente una tos nueva incontrolada que causa dificultad para respirar; en el caso de los niños con tos asmática alérgica crónica, un cambio en su tos regular)
- Falta de aliento o dificultad para respirar (inexplicable)
- Dolor de cabeza (inexplicable)
- Dolor de garganta
- Escalofríos o el cuerpo le tiembla incontrolablemente con escalofríos
- Náusea o vómito (inexplicable)
- Diarrea (inexplicable)
- Fatiga (inexplicable)
- Congestión o goteo nasal (inexplicable y sin relación a las alergias estacionales existentes o condición crónica subyacente)
- Dolores musculares o dolores del cuerpo
- Nueva pérdida de sabor u olor
- El estudiante no tiene síntomas de COVID-19**

¿Le han diagnosticado a su hijo(a) con COVID-19 o le ha pedido un proveedor de atención médica que le haga una prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?

Sí No

¿Ha estado su hijo(a) en contacto cercano (menos de 6 pies durante 15 minutos o más) con alguien a quien se le ha diagnosticado con COVID-19 o con alguien a quien un proveedor de atención médica le ha dicho que se haga la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?

Sí No

Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, su hijo(a) no podrá entrar a la escuela. Se le proporcionará más información e instrucciones.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Temperatura: _____

Firma del Personal: _____

Actualizado el 9 oct. 2020

Spanish_ET