

**Torrance Unified School District**  
Student Daily Health Screener



**Torrance Unified School District**  
Student Daily Health Screener

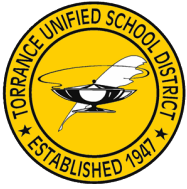
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

| SÍ           | Pregunta:  | NO           |
|--------------|--|--------------|
|              | ¿Su hijo(a) se siente mal?   |              |
|              | ¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes síntomas? (Fiebre de 100.4 grados o más alto; Tos nueva (diferente al estándar); Diarrea; o Vómitos)  |              |
|              | ¿Le han diagnosticado a su hijo COVID-19 o un proveedor de atención médica le ha pedido que se someta a una prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?   |              |
|              | ¿Su hijo(a) ha estado en contacto cercano (menos de 6 pies por 15 minutos o más en un período de 24 horas) o vive en un hogar con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19 o alguien a quien un proveedor de atención médica le ha dicho que se haga la prueba de COVID-19 en los últimos 10 días? |              |
|              | ¿Ha viajado fuera de California en los últimos 10 días? (Asesoramiento y Guía Sobre Viajes del DPH- 2/3/2021)  |              |
| Firma: _____ |  | Fecha: _____ |

| SÍ           | Question:  | NO           |
|--------------|--|--------------|
|              | ¿Su hijo(a) se siente mal?   |              |
|              | ¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes síntomas? (Fiebre de 100.4 grados o más alto; Tos nueva (diferente al estándar); Diarrea; o Vómitos)  |              |
|              | ¿Le han diagnosticado a su hijo COVID-19 o un proveedor de atención médica le ha pedido que se someta a una prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?   |              |
|              | ¿Su hijo(a) ha estado en contacto cercano (menos de 6 pies por 15 minutos o más en un período de 24 horas) o vive en un hogar con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19 o alguien a quien un proveedor de atención médica le ha dicho que se haga la prueba de COVID-19 en los últimos 10 días? |              |
|              | ¿Ha viajado fuera de California en los últimos 10 días? (Asesoramiento y Guía Sobre Viajes del DPH- 2/3/2021)  |              |
| Firma: _____ |  | Fecha: _____ |

Si va a acompañar a su hijo(a) hasta la puerta: Llene el formulario en línea ([c19.tusd.org](http://c19.tusd.org)) y muéstrenos el campo verde antes de entrar.



**Torrance Unified School District**  
Student Daily Health Screener



**Torrance Unified School District**  
Student Daily Health Screener

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

| SÍ           | Pregunta:  | NO           |
|--------------|--|--------------|
|              | ¿Su hijo(a) se siente mal?   |              |
|              | ¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes síntomas? (Fiebre de 100.4 grados o más alto; Tos nueva (diferente al estándar); Diarrea; o Vómitos)  |              |
|              | ¿Le han diagnosticado a su hijo COVID-19 o un proveedor de atención médica le ha pedido que se someta a una prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?   |              |
|              | ¿Su hijo(a) ha estado en contacto cercano (menos de 6 pies por 15 minutos o más en un período de 24 horas) o vive en un hogar con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19 o alguien a quien un proveedor de atención médica le ha dicho que se haga la prueba de COVID-19 en los últimos 10 días? |              |
|              | ¿Ha viajado fuera de California en los últimos 10 días? (Asesoramiento y Guía Sobre Viajes del DPH- 2/3/2021)  |              |
| Firma: _____ |  | Fecha: _____ |

| SÍ           | Question:  | NO           |
|--------------|--|--------------|
|              | ¿Su hijo(a) se siente mal?   |              |
|              | ¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes síntomas? (Fiebre de 100.4 grados o más alto; Tos nueva (diferente al estándar); Diarrea; o Vómitos)  |              |
|              | ¿Le han diagnosticado a su hijo COVID-19 o un proveedor de atención médica le ha pedido que se someta a una prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?   |              |
|              | ¿Su hijo(a) ha estado en contacto cercano (menos de 6 pies por 15 minutos o más en un período de 24 horas) o vive en un hogar con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19 o alguien a quien un proveedor de atención médica le ha dicho que se haga la prueba de COVID-19 en los últimos 10 días? |              |
|              | ¿Ha viajado fuera de California en los últimos 10 días? (Asesoramiento y Guía Sobre Viajes del DPH- 2/3/2021)  |              |
| Firma: _____ |  | Fecha: _____ |

Si va a acompañar a su hijo(a) hasta la puerta: Llene el formulario en línea ([c19.tusd.org](http://c19.tusd.org)) y muéstrenos el campo verde antes de entrar.