Una imagen que contiene alimentos,

Descripción generada automáticamente

COVID-19 Preguntas de selección

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Los estudiantes y el personal deben quedarse en casa si:**

* El estudiante ha participado en viajes a un área designada por PA como un punto de acceso en los últimos 14 días

[Lista de restricciones de viaje PA](https://www.health.pa.gov/topics/disease/coronavirus/Pages/Travelers.aspx)

* Tiene uno o más síntomas en el grupo A
* Tiene dos o más síntomas en el grupo B
* Están tomando medicamentos con el propósito de reducir la fiebre (paracetamol, ibuprofeno, etc.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Síntoma Una Lista** | **Sí** | **No** |
| En los últimos 10 días se sabe que tiene o sospecha que tiene contacto con pacientes de CoVID-19 |  |  |
| |  |  | | --- | --- | |  | ¿Su temperatura ACTUAL es igual o superior a 100.0 oF? | |  |  |
| Tos |  |  |
| Dificultad para respirar |  |  |
| Dificultad para respirar |  |  |
| Nuevo trastorno olfativo |  |  |
| Nuevo trastorno del gusto |  |  |
| **Lista de síntomas B** | **Sí** | **No** |
| Escalofríos |  |  |
| jaqueca |  |  |
| Dolor de garganta |  |  |
| Náuseas o vómitos |  |  |
| Diarrea |  |  |
| Fatiga |  |  |
| Congestión o esroteo |  |  |

Esta orientación es del [Departamento de Educación de](https://www.education.pa.gov/Schools/safeschools/emergencyplanning/COVID-19/SchoolReopeningGuidance/ReopeningPreKto12/PublicHealthGuidance/Pages/default.aspx#screening) la AP

Reconozco que la información que he proporcionado es exacta y acepto cumplir con los protocolos de seguridad proporcionados por The Campus Laboratory School.

Firma del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_