



# Chequeo Diario en Casa para los Estudiante

**Por favor complete esta breve lista de verificación cada mañana antes de que su hijo salga para la escuela.**

Si su hijo cumple con cualquiera de los siguientes criterios, su hijo puede tener una posible enfermedad que disminuye la capacidad de su hijo para aprender y también pone a su hijo en riesgo de propagar la enfermedad a otras personas.

**Por favor revise a su hijo con los siguientes criterios:**

## **SECCION 1A: Síntomas (Considere a su hijo sintomático si tiene al menos uno (1))**

- Pérdida del olfato o gusto sin congestión
- Tos nueva que no se puede controlar y causa dificultad para respirar (para personas con tos alérgica/asmática crónica, un cambio en la tos normal)
- Dificultad para respirar

## **SECCION 1B: Síntomas (Considere a su hijo sintomático si tiene al menos dos (2))**

- Fiebre/ Temperatura Elevada (Oral >100.4°F, Axilar/Temporal >99.5°F)
- Dolor de garganta
- \*Nauseas, diarrea, vomito, y/o dolor abdominal\*
- Dolor de cabeza intenso no común, especialmente con fiebre.
- \*Escalofríos, dolor muscular y/o fatiga\*
- Congestión o secreción nasal.

*\*Si tiene más de uno considérela como múltiples síntomas*

## **SECCION 2: Contacto cercano/ Exposición potencial (su hijo deberá permanecer en casa si marca al menos uno (1))**

- Tuvo contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos) con una persona positiva con COVID-19
- Ha viajado o vivido en un [área identificada](#) por el Departamento de Salud de Pensilvania de mantener cuarentena al regreso de la misma
- Le han hecho una prueba de COVID-19 y está esperando los resultados

Si su hijo se considera sintomático o ha tenido un contacto cercano/exposición potencial, por favor mantenga a su hijo en casa y póngase en contacto con su médico.