

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

EXAMEN DE SALUD DIARIO de COVID

Fiebre, tos, escalofríos y/o dolores musculares	SÍ	NO
Dolor de garganta, secreción nasal y/o pérdida del gusto o olfato	SÍ	NO
Náuseas, vómitos y/o diarrea	SÍ	NO
Dificultad para respirar y/o dolor de cabeza	SÍ	NO
Contacto cercano o cuidado de alguien con COVID-19	SÍ	NO
Temperatura superior de 100.4 F	SÍ	NO

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

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

EXAMEN DE SALUD DIARIO de COVID

Fiebre, tos, escalofríos y/o dolores musculares	SÍ	NO
Dolor de garganta, secreción nasal y/o pérdida del gusto o olfato	SÍ	NO
Náuseas, vómitos y/o diarrea	SÍ	NO
Dificultad para respirar y/o dolor de cabeza	SÍ	NO
Contacto cercano o cuidado de alguien con COVID-19	SÍ	NO
Temperatura superior de 100.4 F	SÍ	NO

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

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

EXAMEN DE SALUD DIARIO de COVID

Fiebre, tos, escalofríos y/o dolores musculares	SÍ	NO
Dolor de garganta, secreción nasal y/o pérdida del gusto o olfato	SÍ	NO
Náuseas, vómitos y/o diarrea	SÍ	NO
Dificultad para respirar y/o dolor de cabeza	SÍ	NO
Contacto cercano o cuidado de alguien con COVID-19	SÍ	NO
Temperatura superior de 100.4 F	SÍ	NO

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

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

EXAMEN DE SALUD DIARIO de COVID

Fiebre, tos, escalofríos y/o dolores musculares	SÍ	NO
Dolor de garganta, secreción nasal y/o pérdida del gusto o olfato	SÍ	NO
Náuseas, vómitos y/o diarrea	SÍ	NO
Dificultad para respirar y/o dolor de cabeza	SÍ	NO
Contacto cercano o cuidado de alguien con COVID-19	SÍ	NO
Temperatura superior de 100.4 F	SÍ	NO

Firma de los padres: \_\_\_\_\_