

Back to School | COVID-19 Screening Tool

Recommended tool to screen students, teachers, and staff for symptoms of COVID-19.

Student Name _____

Grade _____

SYMPTOMS

Date _____

Are you experiencing any of these COVID-19 symptoms?	YES	NO
Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sore throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feeling achy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shortness of breath / difficulty breathing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea or vomiting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
New or unusual headache in the last 24 hours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tingling or numbness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RISK FACTORS

Do any of the following risk factors apply to you?	YES	NO
In the last 24 hours have you been in contact with anyone with a known case of the COVID-19 virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you checked "YES" to any of the above questions you may have risk factors for COVID-19. Please contact your primary care provider to seek guidance before you or your child attends school.

Regreso a la escuela | Herramienta de examen de COVID-19



Herramienta recomendada para examinar a los estudiantes, maestros y personal en busca de síntomas de COVID-19.

Nombre del estudiante _____ **Grado** _____

SÍNTOMAS

Fecha _____

¿Presenta algunos de estos síntomas de COVID-19?	SÍ	NO
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire/dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza nuevo o inusual en las últimas 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida del gusto u olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormigueo o entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACTORES DE RIESGO

¿Algunos de estos factores de riesgo se aplican a usted?	SÍ	NO
En las últimas 24 horas, ¿ha estado en contacto con alguien con un caso conocido del virus de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marcó "SÍ" a cualquiera de las preguntas anteriores, puede tener factores de riesgo de COVID-19. Comuníquese con su médico para buscar orientación antes de que usted o su hijo asistan a la escuela.