

**Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee
Autocomprobación de Salud Diaria**

Nombre y Apellido(s) del Estudiante: _____

Grado: _____ Maestro: _____

Por favor complete el formulario de Autocomprobación de Salud Diaria todos los días y envíelo con su hijo/a a la escuela para dárselo a la persona en la puerta. Si no envía este formulario todos los días, su hijo/a será enviado a la oficina de salud para que el personal le tome la temperatura y le haga algunas preguntas sobre su salud. Usted debe tomar la temperatura de su hijo/a todos los días y escribirla en el formulario a continuación.

Escriba la temperatura de hoy de su hijo/a _____

Su hijo/a debe permanecer en casa si:

A. Uno de los siguientes cuatro síntomas está presente.

- Tos
- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Pérdida reciente del gusto o el olfato
- Fiebre de 100.4 grados o más

y/o

B. Dos o más de los siguientes síntomas a continuación son nuevos o peores que la salud normal de su hijo/a. Marque cualquier síntoma actual.

- Congestión o goteo nasal
- Escalofríos
- Náusea o vomito
- Diarrea
- Fatiga
- Dolores musculares o dolencias corporales
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta

Contacte a Asistencia Escolar si su hijo/a:

- Se va a quedar en casa
- Ha resultado positivo/a para COVID
- Ha sido expuesto/a a alguien que ha resultado positivo para COVID.

Mi hijo/a no tiene síntomas

Firma del Padre de Familia/Tutor(a)

Fecha

**Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee
Autocomprobación de Salud Diaria**

Nombre y Apellido(s) del Estudiante: _____

Grado: _____ Maestro: _____

Por favor complete el formulario de Autocomprobación de Salud Diaria todos los días y envíelo con su hijo/a a la escuela para dárselo a la persona en la puerta. Si no envía este formulario todos los días, su hijo/a será enviado a la oficina de salud para que el personal le tome la temperatura y le haga algunas preguntas sobre su salud. Usted debe tomar la temperatura de su hijo/a todos los días y escribirla en el formulario a continuación.

Escriba la temperatura de hoy de su hijo/a _____

Su hijo/a debe permanecer en casa si:

C. Uno de los siguientes cuatro síntomas está presente.

- Tos
- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Pérdida reciente del gusto o el olfato
- Fiebre de 100.4 grados o más

y/o

D. Dos o más de los siguientes síntomas a continuación son nuevos o peores que la salud normal de su hijo/a. Marque cualquier síntoma actual.

- Congestión o goteo nasal
- Escalofríos
- Náusea o vomito
- Diarrea
- Fatiga
- Dolores musculares o dolencias corporales
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta

Contacte a Asistencia Escolar si su hijo/a:

- Se va a quedar en casa
- Ha resultado positivo/a para COVID
- Ha sido expuesto/a a alguien que ha resultado positivo para COVID.

Mi hijo/a no tiene síntomas

Firma del Padre de Familia/Tutor(a)

Fecha