

Health Questionnaire

Does your child have any of the following symptoms of possible COVID-19?

- Cough Chills Shortness of breath or difficulty breathing Muscle pain
 Headache Repeated shaking with chills Sore throat Loss of taste or smell
 Diarrhea Feeling feverish or a measured temperature \geq to 100.4 degrees °F
 Known close contact with a person who is lab confirmed to have COVID-19
 My child does not have any of the above symptoms

Student's Name

Parent's Signature

Today's Date

Cuestionario de Salud

Su hijo/hija presenta alguno de estos síntomas de COVID-19?

- Tos Escalofrios Problemas para respirar Dolor muscular
 Dolor de cabeza Temblor de cuerpo y escalofrios constantes Dolor de garganta
 Perdida de sentido del gusto u olfato Diarrea Fiebre o temperatura mayor o igual a
100.4 grados Fahrenheit
 Ha tenido algun contacto con una persona que ha sido confirmada positiva con COVID-19
 Mi hijo/hija no presenta ninguno de los síntomas mencionados anteriormente

Nombre de estudiante

Firma del padre o Tutor

Fecha de hoy