

COVID Daily Parent Screening Form for Symptoms
(Formulario de detección diaria de COVID)

Any of the symptoms below could indicate a COVID-19 infection in children and may put your child at risk for spreading illness to others. Please note that this list does not include all possible symptoms and children with COVID-19 may experience any, all, or none of these symptoms.

(Cualquiera de los síntomas a continuación podría indicar una infección por COVID-19 en los niños y puede poner a su hijo en riesgo de transmitir la enfermedad a otras personas. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles y que los niños con COVID-19 pueden experimentar alguno, todos o ninguno de estos síntomas.)

Directions: Please check your child daily for these symptoms. *(Instrucciones: Por favor, revise a su hijo diariamente para detectar estos síntomas):*

Section A - If **TWO OR MORE** of the fields in this Section are checked off, please keep your child home and notify the school for further instructions. *(Si DOS O MÁS de los cuadros del Grupo A están marcados quédese en casa y notifique a la escuela para obtener más instrucciones)*

- Chills (*Resfriado*)
- Rigors (shivers) (*Escalofríos*)
- Myalgia (muscle aches) (*Dolor muscular*)
- Headache (*Dolor de cabeza*)
- Sore Throat (*Dolor de garganta*)
- Nausea or Vomiting (*Náuseas o vómitos*)
- Diarrhea (*Diarrea*)
- Fatigue (*Fatiga*)
- Congestion or runny nose (*Congestión o moqueo*)

Section B - If **AT LEAST ONE** field in this Section is checked off, please keep your child home and notify the school for further instructions *(Si AL MENOS UN cuadro del Grupo B está marcado, quédese en casa y notifique a la escuela para obtener más instrucciones.)*

- Fever (*Fiebre (medida o subjetiva)*)
- Cough (*Tos*)
- Difficulty Breathing (Shortness of Breath) (*Dificultad en respirar (sentir que le falta el aire)*)
- New loss of smell (*Pérdida reciente del olfato*)
- New loss of taste (*Pérdida reciente del gusto*)

Section 2: Close Contact/Potential Exposure (*Sección 2: Contacto cercano / La Exposición potencial*)

Please verify if: (*Marca el cuadro si:*)

- Your child had close contact (within 6 feet of an infected person for a minimum of 15 minutes, cumulatively, over a duration of 24 hours) with a person with confirmed COVID-19 *(Su hijo tuvo contacto cercano a menos de 6 pies de una persona infectada durante un mínimo de 15 minutos, acumulativamente, durante un período de 24 horas con una persona con COVID-19 confirmado)*

- Someone in your household is diagnosed with or is being tested for COVID-19, or meets the symptoms criteria above *(A alguien en su hogar que ha sido diagnosticado con COVID-19 o cumple los criterios de los síntomas de la lista anterior)*

If ANY of the fields in the 'Close Contact/Potential Exposure' section are checked off, your child should remain home for 14 days from the last date of exposure (if the child has been in close contact with a confirmed COVID19 case). Contact your child's provider or your local health department for further guidance. *(Si ALGUNA (aún 1) de los cuadros de la Sección 2 está marcada, debe permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición. Ponerse en contacto con el departamento de salud para obtener más orientación. Si su hijo tiene síntomas, no lo envíe en un autobús escolar. Comuníquese con la enfermera de la escuela.)*

Student Name: _____ Parent Signature: _____

Genesis Warning Pop-up

COVID Warning message

STUDENT SHOULD NOT ATTEND SCHOOL TODAY - PLEASE CONTACT YOUR SCHOOL NURSE. NO BUS AND NO DROP OFF AT SCHOOL. *(EL ESTUDIANTE NO DEBE ASISTIR A LA ESCUELA HOY - POR FAVOR CONTACTE A SU ENFERMERA ESCOLAR. NO HAY AUTOBÚS NI SE PUEDE DEJAR EN LA ESCUELA)*

COVID quarantine message

STUDENT SHOULD QUARANTINE FOR 14 DAYS- PLEASE CONTACT YOUR SCHOOL NURSE. NO BUS AND NO DROP OFF AT SCHOOL. *(EL ESTUDIANTE DEBE ESTAR EN CUARENTENA DURANTE 14 DÍAS - POR FAVOR CONTACTE A SU ENFERMERA ESCOLAR. NO HAY AUTOBÚS Y NO SE PUEDE DEJAR EN LA ESCUELA.)*