

La Escuela Primaria de Manasquan

Cuestionario Diario de La Salud Para El Programa del Verano

Hay que entregar este papel todos los días. No se permitirá la entrada a ningún estudiante sin entregar todos los días este papel con toda esta información.

Nombre e apellido _____ Fecha _____

Número de teléfono celular de padres/guardianos _____

¿Tienes algún síntoma?

Favor de indicar con un círculo

1. Fiebre más de 100.4 grados F?

Sí **No**

2. Tos o dificultad en respirar

Sí **No**

3. Dolor de garganta

Sí **No**

4. Resfriado

Sí **No**

5. Dolores musculares

Sí **No**

6. Dolor de cabeza

Sí **No**

7. Pérdida nueva de sabor u olfato

Sí **No**

8. Dolor abdominal, náusea, vómitos, diarrea

Sí **No**

¿Ha estado en contacto cercano con cualquier persona que está enferma?

Sí **No**

¿Le ha diagnosticado usted con el virus Corona (COVID-19) en las últimas tres semanas o piensa que tiene usted el virus Corona (COVID-19)?

Sí **No**

¿Ha estado en contacto cercano con cualquier persona que ha viajado a un país extranjero u ha viajado usted a un país extranjero en los últimos catorce días?

Sí **No**

¿Cuál fue su temperatura esta mañana? _____