



NEW HAVEN PUBLIC SCHOOLS

Proceso Diario de Evaluación en el Hogar de Covid 19

¿Su hijo/a tiene algunos de estos síntomas?

¿Ha tenido fiebre de más de 100.4 en las últimas 48 horas?	Si	No
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas? <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Dificultad para respirar • Fatiga • Dolor muscular • Dolor de Cabeza • Reciente pérdida del gusto o del olfato • Dolor de garganta • Congestión o rinorrea (nariz que moquea) • Náuseas o vómitos • Diarrea 	Si Si Si Si Si Si Si Si Si Si	No No No No No No No No No No
¿Ha viajado fuera del estado de Connecticut en los últimos 14 días?	Si	No
¿Ha tenido contacto físico (6 pies o más cerca por lo menos por 15 minutos) con una persona que tiene COVID-19 ó con alguien que tiene síntomas consistente con COVID-19 en los últimos 14 días?	Si	No
¿Está esperando actualmente los resultados de una prueba de COVID-19?	Si	No

Favor recuerde de contactar a la escuela para reporter ausencias.

FAVOR DE NO ENVIAR A SU HIJO/A A LA ESCUELA SI TIENE CUALQUIER SINTOMA RELACIONADO CON COVID-19. NOTIFIQUE A LA ESCUELA, LLAME AL MEDICO PARA GUIA, Y LLENE EL FORMULARIO DEBAJO.

<https://veoci.com/veoci/p/form/tparf23u8kxd>