

Distrito Escolar de Bremerton  
 COVID-19 - preguntas diarias

Cada día, antes de que usted envíe a su estudiante a la escuela, por favor compruebe lo siguiente:

Si	No	Sintoma	Si	No	Sintoma	Si	No	Sintoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 100.4° DE FIEBRE* <small>*o la normas de la junta de la escuela si son menos</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 DIARREA, VÓMITOS O DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 DOLOR DE CABEZA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 TOS* <small>*tos de inicio especialmente nuevo, no controlada</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 NUEVA PÉRDIDA DE SABOR O OLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha estado el estudiante en contacto cercano con alguien enfermo o posible contagiado de COVID-19?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 FALTA DE ALIENTO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 DOLOR MUSCULAR Y FATIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido el estudiante una prueba de COVID19 positiva en los últimos 10 días?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 DOLOR DE GARGANTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 CONGESTIÓN Y FLUJO NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En los últimos 14 días, ¿algún doctor le ha dicho que se aísle debido a síntomas de COVID19?

Si la respuesta es **SI** a cualquiera de estas preguntas, su estudiante debe **QUEDARSE EN LA CASA** y por favor **llame a su escuela.**


Nombre del estudiante

Firma del padre/tutor

Fecha

Distrito Escolar de Bremerton  
 COVID-19 - preguntas diarias

Cada día, antes de que usted envíe a su estudiante a la escuela, por favor compruebe lo siguiente:

Si	No	Sintoma	Si	No	Sintoma	Si	No	Sintoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 100.4° DE FIEBRE* <small>*o la normas de la junta de la escuela si son menos</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 DIARREA, VÓMITOS O DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 DOLOR DE CABEZA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 TOS* <small>*tos de inicio especialmente nuevo, no controlada</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 NUEVA PÉRDIDA DE SABOR O OLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha estado el estudiante en contacto cercano con alguien enfermo o posible contagiado de COVID-19?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 FALTA DE ALIENTO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 DOLOR MUSCULAR Y FATIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido el estudiante una prueba de COVID19 positiva en los últimos 10 días?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 DOLOR DE GARGANTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 CONGESTIÓN Y FLUJO NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En los últimos 14 días, ¿algún doctor le ha dicho que se aísle debido a síntomas de COVID19?

Si la respuesta es **SI** a cualquiera de estas preguntas, su estudiante debe **QUEDARSE EN LA CASA** y por favor **llame a su escuela.**

Nombre del estudiante

Firma del padre/tutor

Fecha