



Lista de verificación de detección diaria de enfermedad

Para evaluar el bienestar diariamente, utilice esta lista de verificación de detección. Los expertos en salud y los directivos de salud estatales y locales recomiendan políticas/prácticas para ayudar a detener la propagación de COVID-19 dentro de las escuelas. Los expertos en salud concuerdan en que la infección por COVID-19 por lo general se manifiesta de forma similar a otras enfermedades respiratorias.

Si se identifica algún factor de riesgo o síntoma de enfermedad, que se quede Ud. en casa y no vaya a la escuela y llame a su proveedor de atención médica.

Fecha _____ Nombre _____ Número Celular _____

¿Ha estado Ud. o algún integrante del grupo familiar en estrecho contacto (15 minutos o más en un período de 24 horas) con alguien que ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?

___ Sí
___ No
___ No sé

En las últimas 72 horas, ¿ha desarrollado Ud. o algún integrante del grupo familiar alguno de los siguientes síntomas?

___ Fiebre o escalofríos	___ Tos
___ Dolores musculares o corporales	___ Falta de aliento
___ Nueva pérdida del gusto u olfato	___ Dolores de cabeza
___ Congestión o escurrimiento nasal	___ Dolor de garganta
___ Náuseas, vómitos, o diarrea	___ Fatiga

**No se incluyen todos los síntomas relacionados con COVID-19. Para obtener más información, visite el [sitio web de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades](#)*

Temperatura _____ °F

¿Tiene Ud. o algún integrante del grupo familiar fiebre de $\geq 100^\circ$ F?

___ Sí (marque lo que corresponde) ___ Sí mismo ___ Integrante del grupo familiar
___ No

Si respondió **sí** a cualquiera de las preguntas o áreas indicadas arriba, **que se quede en casa**, informe los síntomas a la **línea de COVID-19 del distrito llamando al (530)235-6137 o enviando un correo electrónico a covid19reporting@djud.net** para recibir orientación. Informe la falta a la secretaria de asistencia