



Lista de verificación de detección diaria de enfermedad

Favor de evaluar el bienestar diariamente, por parte de enfoque de varios niveles para ayudar a detener la propagación de COVID-19 dentro de las escuelas.

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

Fecha _____ Nombre _____ Número Celular _____

¿Ha estado Ud. 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 48 horas, ¿ha desarrollado Ud. 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 - Síntomas de COVID-19](#)*

Temperatura

_____ °F

¿Tiene Ud. fiebre de $\geq 100.4^\circ$ F?

Sí
 No

Si respondió **sí** a cualquiera de las preguntas o áreas indicadas arriba, **quédese en casa**, informe los síntomas y la falta a la secretaria de asistencia o administrador. Si prueba es positiva o una positiva exposición, informe a la línea de COVID-19 por correo electrónico a covid19reporting@djusd.net.

Visite el sitio de [Prueba COVID - DJUSD](#) para obtener más información sobre horarios y ubicaciones de las pruebas