Registro de chequeo diario: estudiantes

1. Use este documento para llevar el control y registrar el estado diario de salud de su hijo.
2. Asegúrese de que su hijo lleve consigo a la escuela este registro diario **firmado** , para confirmar que siguió los pasos del protocolo **'Pregunte, Pregunte y Observe'** en casa.

DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Nombre del estudiante: _____

Fecha	1. PREGUNTE: ¿El niño ha tenido uno o más de los siguientes síntomas*: fiebre, escalofríos, tos, congestión, dolor de garganta, falta de aliento, dificultad respiratoria diarrea, nausea o vómito, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular o corporal, poca ingesta o poco apetito, pérdida del sentido del gusto y del olfato o algún otro síntoma de malestar?	2. PREGUNTE: ¿Su hijo ha estado en contacto cercano con una persona que ha tenido COVID-19 durante los últimos 14 días?	3. OBSERVE: ¿El niño tiene signos visibles de estar enfermo, tales como las mejillas enrojecidas, respiración acelerada o dificultad respiratoria (sin haber hecho alguna actividad física reciente), fatiga o inquietud extrema?	4. *Si el niño respondió 'sí' a alguna de las preguntas anteriores, ¿se desincorporó el niño de la escuela?	Firma del padre/madre/tutor

*El niño no tiene que desincorporarse debido a estos síntomas si los mismos fueron evaluados previamente por un profesional médico y éste le suministró algún documento escrito o le manifestó verbalmente que dichos síntomas no se deben al COVID-19.