

Cupón diario de certificación del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

****Marque las cajas correspondiente a continuación****

En las últimas 24 horas, ¿su estudiante ha experimentado:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| -Fiebre de 100.4 o más | - Resfriado |
| -Pérdida de sabor o olfato | -Sore or scratchy throat |
| -Tos | -Nariz mucosa |
| -Dificultad para respirar | -Temblores o escalofríos exagerados |
| -Dolores musculares o corporales importantes | -Dolor de cabeza |
| -Diarrea | -Fatiga |

SI (el estudiante debe quedarse en casa, consulte la guía de Covid 19)
 NO

En los últimos 14 días, ¿su estudiante:

- Ha sido diagnosticado con COVID-19 a través de una prueba confirmada por laboratorio?
- Tuvo contacto cercano con un caso de COVID-19 confirmado por laboratorio?

SI (el estudiante debe quedarse en casa, consulte la guía de Covid 19)
 NO

Firma del padre: _____

Cupón diario de certificación del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

****Marque las cajas correspondiente a continuación****

En las últimas 24 horas, ¿su estudiante ha experimentado:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| -Fiebre de 100.4 o más | - Resfriado |
| -Pérdida de sabor o olfato | -Sore or scratchy throat |
| -Tos | -Nariz mucosa |
| -Dificultad para respirar | -Temblores o escalofríos exagerados |
| -Dolores musculares o corporales importantes | -Dolor de cabeza |
| -Diarrea | -Fatiga |

SI (el estudiante debe quedarse en casa, consulte la guía de Covid 19)
 NO

En los últimos 14 días, ¿su estudiante:

- Ha sido diagnosticado con COVID-19 a través de una prueba confirmada por laboratorio?
- Tuvo contacto cercano con un caso de COVID-19 confirmado por laboratorio?

SI (el estudiante debe quedarse en casa, consulte la guía de Covid 19)
 NO

Firma del padre: _____