

COVID-19 Symptom Screening

Parent/Guardian: Complete once per day per student.

Student Name	
Date	
Sport/Activity	

Questions	NO	YES	If YES:
1 Has your child been in close contact (within 6 feet for at least 15 minutes) with anyone diagnosed with COVID-19 in the last 14 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stay home for 14 days. Call your health provider for possible COVID-19 testing.
2 Has any health department or health care provider advised your child to stay home or quarantine in the last 14 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stay home and follow your health provider's instructions.
3 Has your child or anyone in the household tested positive for COVID-19 in the last 14 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stay home and follow your health provider's instructions.
4 Has your child tested for COVID-19 within the past 14 days and results are pending?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stay home and follow your health provider's instructions.
5 Does your child have: temperature greater than or equal to 100.4° F, chills, cough, shortness of breath or difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, congestion or runny nose, nausea or vomiting, or diarrhea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stay home. Stay away from others. Call your health provider for evaluation and possible COVID-19 testing.
6 Has your child traveled internationally within the last 14 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stay home for 14 days.
7 COACH/SPONSOR COMPLETES NON-CONTACT TEMPERATURE CHECK: Does student have a temperature greater than or equal to 100.4° F?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Send student home.

**If NO to all,
you may participate in school activities.**

Padre/Tutor: Complete una vez al día por cada estudiante.

Nombre del Estudiante	
Fecha	
Deporte/Actividad	

Preguntas	NO	SÍ	Si es AFIRMATIVO:
1 ¿Ha estado en contacto cercano (dentro de los 6 pies durante al menos 15 minutos) con alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quédese en casa durante 14 días. Llame a su médico para una posible prueba de COVID-19.</i>
2 ¿Le ha recomendado algún departamento de salud o proveedor de atención médica que se quede en casa o se ponga en cuarentena en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quédese en casa y siga las instrucciones de su proveedor de atención médica.</i>
3 ¿Su hijo/a o alguien en el hogar dio positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quédese en casa y siga las instrucciones de su proveedor de atención médica.</i>
4 ¿Su hijo/a ha hecho la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días y los resultados están pendientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quédese en casa y siga las instrucciones de su proveedor de atención médica.</i>
5 ¿Su hijo/a tiene: temperatura mayor o igual a 100.4° F, escalofríos, tos, falta de aire o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Debe quedarse en casa. Manténgase alejado de los demás. Llame a su proveedor de atención médica para una evaluación y una posible prueba de COVID-19.</i>
6 ¿Su hijo/a ha viajado internacionalmente en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quédese en casa durante 14 días.</i>
7 ENTRENADOR/PATROCINADOR COMPLETARÁ LA VERIFICACIÓN DE TEMPERATURA SIN CONTACTO: ¿Tiene el estudiante una temperatura mayor o igual a 100.4° F?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Mande al estudiante a casa.</i>

Si contesto NO a todas las preguntas, puede participar en las actividades escolares.