



COVID-19 Cuestionario para la evaluación de la salud que deben completar todos los días los padres o tutores legales, miembros del personal o visitantes

Los miembros del personal y los alumnos deben quedarse en casa si cualquiera de las respuestas es «SÍ»

A los visitantes no se les permitirá entrar a las instalaciones de FCPS si cualquiera de las respuestas es «SÍ»

SÍ o NO, ¿desde el último día que vino a estudiar/trabajar/visitar la escuela ha tenido alguno de los siguientes síntomas/?	SÍ	No
¿Se siente afiebrado o tiene escalofríos –la temperatura registra 100.4 grados Fahrenheit o superior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado medicina para reducir la fiebre en las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una tos reciente que no se deba a otra condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad reciente para respirar o sensación de falta de aliento que no se deba a otra condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene escalofríos recientes que no se deban a otra condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún dolor de garganta reciente que no se deba a otra condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún dolor muscular reciente que no se deba a otra condición médica o que pueda deberse a una actividad específica (como, por ejemplo, ejercicio físico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene pérdida reciente del olfato o gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una prueba positiva para el virus que causa la enfermedad COVID-19 en los últimos 10 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 14 días, ¿ha estado cerca (a menos de 6 pies por 15 minutos o más) de alguien que se sospecha que tiene o se confirmó que tiene COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>