

Cuestionario para evaluar la salud

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

Los miembros del personal y los alumnos deben quedarse en casa si **ALGUNA** de las respuestas es «Sí».

A los visitantes indispensables no se les permitirá entrar a las instalaciones de FCPS si **ALGUNA** 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 –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"/>
Congestión o secreción nasal	<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"/>
¿Fatiga (más cansancio de lo normal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Pérdida reciente del gusto o del olfato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dolor abdominal, diarrea, náusea o vómito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Falta reciente de apetito o mala alimentación?	<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"/>
¿Está usted actualmente siendo evaluado por COVID-19 porque estuvo enfermo y todavía está esperando los resultados de laboratorio?	<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? Las personas que han recibido la vacuna completa, y han sido identificadas como personas que estuvieron en contacto cercano con alguien con COVID, NO tienen que hacer cuarentena si cumplen los siguientes criterios:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Han recibido la vacuna completa ○ Han pasado más o menos 14 días desde que recibieron la última dosis ○ No tienen síntomas 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>