

Family COVID-19 Before School Screening

1. Have you experienced any of the following symptoms in the past 48 hours:
 - a. Fever of 100.4 degrees or greater or chills
 - b. Cough not attributed to another health condition
 - c. Shortness of breath or difficulty breathing
 - d. Fatigue
 - e. Muscle or body aches not attributed to another health condition or specific activity (such as physical exercise)
 - f. Headache not attributed to another health condition
 - g. New loss of taste or smell not attributed to another health condition
 - h. Sore throat not attributed to another health condition
 - i. Congestion or runny nose nausea or vomiting not attributed to another health condition
 - j. Diarrhea not attributed to another health condition

YES NO

2. Within the past 14 days, have you been in close physical contact (6 feet or closer for at least 15 minutes) with a person who was confirmed as COVID-19 positive or with anyone who has any symptoms consistent with COVID-19?

YES NO

3. Are you isolating or quarantining because you may have been exposed to a person with COVID-19 or are worried that you may be sick with COVID-19?

YES NO

4. Are you or anyone in your household currently waiting on the results of a COVID-19 test?

YES NO

If you answered YES to any of these questions, please contact the school nurse at your child's school to discuss these symptoms and/or responses before sending your child to school and the possibility of keeping your child at home. You also may need to reschedule any appointments you may have had. For staff, please follow up with your direct supervisor.



Escuelas Públicas del Condado de Stafford

Cuestionario de Detección del COVID-19 Familia

1. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas?:
 - a. Fiebre de 100.4 grados o más o escalofríos
 - b. tos
 - c. respiración corta o dificultad para respirar
 - d. fatiga
 - e. dolores musculares o corporales
 - f. dolor de cabeza
 - g. pérdida nueva de sabor u olor
 - h. dolor de garganta
 - i. congestión o nariz congestionada
 - j. náusea o vómitos
 - k. diarrea

__SI__NO

1. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto físico cercano, (6 pies o más cerca durante al menos 15 minutos), con una persona que se sabe que tiene COVID-19 confirmado por laboratorio o con alguien que tiene algún síntoma consistente con COVID-19?

__SI__NO

2. ¿Está aislado o puesto en cuarentena porque puede haber estado expuesto a una persona con COVID-19 o le preocupa que pueda estar enfermo con COVID-19?

__SI__NO

3. ¿Está usted o alguien en su hogar esperando los resultados de una prueba de COVID-19?

__SI__NO

Si respondió **SÍ** a cualquiera de estas preguntas, comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo para discutir estos síntomas y / o respuestas antes de enviar a su hijo a la escuela y la posibilidad de mantener a su hijo en casa. También es posible que deba reprogramar cualquier cita que haya tenido. Para el personal, comuníquese con su supervisor directo.

