

**POMPTON LAKES PUBLIC SCHOOLS**  
237 Van Avenue  
Pompton Lakes, NJ 07442  
(973) 835-7100

**COVID-19 Revisión diaria para estudiantes/personal**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padres/Tutores:

Por favor, complete esta breve verificación cada mañana y reporte la información de su hijo según las instrucciones de reporte de su escuela.

**Sección 1: Síntomas** Cualquiera de los siguientes síntomas podría indicar una infección por COVID-19 en los niños y podría poner a su hijo en riesgo de contagiar a otros. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles y que los niños con COVID-19 pueden experimentar cualquiera, todos o ninguno de estos síntomas. Por favor, revise a su hijo diariamente para detectar estos síntomas:

**Columna A**

**Columna B**

<input type="checkbox"/> Febril (subjetivo) <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Rigores (escalofríos) <input type="checkbox"/> Mialgia (dolores musculares) <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos** <input type="checkbox"/> Diarrea** <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Congestión o goteo nasal  <i>**Por favor, tenga en cuenta que cualquiera que tenga vómitos o diarrea debe quedarse en casa hasta 24 horas sin vómitos ni diarrea.</i>	<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Nueva pérdida de olor <input type="checkbox"/> Nueva pérdida de sabor  <i>**Por favor, tenga en cuenta que cualquiera que tenga vómitos o diarrea debe quedarse en casa hasta 24 horas sin vómitos ni diarrea.</i>
---	---

Si dos **o más de los campos de la columna A** están marcados **o al menos uno de los campos de la columna B** está marcado, por favor, mantenga a su hijo en casa y notifique a la escuela para más instrucciones.

**Sección 2: Contacto cercano/exposición potencial**

Por favor verifique si: a

<input type="checkbox"/> Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 10 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado
<input type="checkbox"/> Alguien en su casa es diagnosticado con COVID-19
<input type="checkbox"/> Su hijo ha viajado a una zona de alta transmisión comunitaria.

Si CUALQUIERA de **los campos en la Sección 2** está marcado, su hijo debe permanecer en el hogar durante 14 días a partir de la última fecha de exposición (si el menor es un contacto cercano de un caso confirmado de COVID-19) o la fecha de regreso a Nueva Jersey.

Póngase en contacto con el proveedor de su hijo o con el departamento de salud local para obtener más información.