We are all in this together.
VISTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

| VUSD COVID-19 DAILY HEALTH SCREENING | | |
|---|---|---|
| **PLEASE READ EACH QUESTION CAREFULLY** | **YOUR RESPONSE** | |
| I confirm that I am <u>not</u> experiencing any of the following symptoms:<br>● fever or chills<br>● cough<br>● shortness of breath or difficulty breathing<br>● fatigue<br>● muscle or body aches<br>● headache<br>● new loss of taste or smell<br>● sore throat<br>● congestion or runny nose<br>● nausea or vomiting<br>● diarrhea | **YES** | **NO** |
| I confirm that I have <u>not</u> been in close physical contact (6 feet or closer for at least 15 minutes or more over a 24-hour period) with someone known to have COVID-19. | **YES** | **NO** |
| I confirm that I will follow the most current CDPH, HHSA, and Vista Unified guidelines for face coverings and social distancing. | **YES** | **NO** |

**I understand that I must attest to this form EVERY day BEFORE I report to my worksite. By coming onto school or district property, I am attesting to the accuracy of my answers.**

**If your answer to any of the above questions is no, <u>DO NOT</u> enter this facility.**

We are all in this together.
VISTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

| COVID-19 EXAMEN DE SALUD DIARIO DE VUSD | | |
|---|---|---|
| **POR FAVOR LEA CADA PREGUNTA DETENIDAMENTE** | **SU RESPUESTA** | |
| ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas?:<br>● Fiebre o escalofríos<br>● Tos<br>● Dificultad para respirar (sentir que le falta el aire)<br>● Fatiga<br>● Dolores musculares y corporales<br>● Dolor de cabeza<br>● Pérdida reciente del olfato o el gusto<br>● Dolor de garganta<br>● Congestión o moqueo<br>● Náuseas o vómitos<br>● Diarrea | **SI** | **NO** |
| Confirmo que no he estado en contacto físico cercano (6 pies o más cerca al menos de 15 minutos o más durante un período de 24 horas) con alguien que se sepa que tiene COVID-19. | **SI** | **NO** |
| Confirmo que seguiré las guías de CDPH, HHSA, y las pautas de Vista Unified de cubre bocas y distanciamiento social. | **SI** | **NO** |

**Entiendo que debo dar fe de este formulario TODOS los días ANTES de presentarme en mi lugar de trabajo. Al ingresar a la propiedad de la escuela o del distrito, doy fe de la exactitud de mis respuestas.**

**Si su respuesta a cualquiera de las preguntas arriba es 'no', NO entre a esta instalación.**