

Roosevelt Student Screening Form

All parents/guardians must complete this survey at home for **EACH DAY** that their child comes to school. If your child is experiencing symptoms of COVID-19 and/or has been exposed to anyone with COVID-19, **YOU MUST KEEP YOUR CHILD AT HOME** and call the school office. **Please read the question fully before answering; and check for symptoms and your child's temperature prior to coming to school. Bring the completed and signed form with your child to school.**

- By **marking "No"**, you are confirming that your child is not experiencing any of the symptoms listed, including a fever, nor has your child has been in close contact with a symptomatic or Covid positive person.
- If you **mark "Yes"**, please keep your child at home and notify the school office immediately.

People have reported a wide range of COVID-19 symptoms ranging from mild symptoms to severe illness. Symptoms may appear 2-14 days after exposure to the virus. These symptoms could include fever or chills, cough, headache, sore throat, shortness of breath or difficulty breathing, loss of taste or smell, muscle pain, congestion or runny nose, rash, conjunctivitis or pink eye, nausea or vomiting, diarrhea, abdominal pain or stomach ache, or fatigue.

Please answer the following question:

Is your child currently experiencing COVID symptoms (listed above) or have your child knowingly been in close contact with anyone who has been diagnosed with, has had COVID-19 symptoms in the last 14 days, or has been placed in quarantine for possible exposure to COVID-19 within the last 14 days?

☐ No

☐ **Yes (YOU MUST KEEP YOUR CHILD HOME FROM SCHOOL)**

Student Name	Grade	Date
--------------	-------	------

Parent/Caregiver Full Name/Signature

People have reported a wide range of COVID-19 symptoms ranging from mild symptoms to severe illness. Symptoms may appear 2-14 days after exposure to the virus. These symptoms could include fever or chills, cough, headache, sore throat, shortness of breath or difficulty breathing, loss of taste or smell, muscle pain, congestion or runny nose, rash, conjunctivitis or pink eye, nausea or vomiting, diarrhea, abdominal pain or stomach ache, or fatigue.

Please answer the following question:

Is your child currently experiencing COVID symptoms (listed above) or have your child knowingly been in close contact with anyone who has been diagnosed with, has had COVID-19 symptoms in the last 14 days, or has been placed in quarantine for possible exposure to COVID-19 within the last 14 days?

☐ No

☐ **Yes (YOU MUST KEEP YOUR CHILD HOME FROM SCHOOL)**

Student Name	Grade	Date
--------------	-------	------

Parent/Caregiver Full Name/Signature

People have reported a wide range of COVID-19 symptoms ranging from mild symptoms to severe illness. Symptoms may appear 2-14 days after exposure to the virus. These symptoms could include fever or chills, cough, headache, sore throat, shortness of breath or difficulty breathing, loss of taste or smell, muscle pain, congestion or runny nose, rash, conjunctivitis or pink eye, nausea or vomiting, diarrhea, abdominal pain or stomach ache, or fatigue.

Please answer the following question:

Is your child currently experiencing COVID symptoms (listed above) or have your child knowingly been in close contact with anyone who has been diagnosed with, has had COVID-19 symptoms in the last 14 days, or has been placed in quarantine for possible exposure to COVID-19 within the last 14 days?

☐ No

☐ **Yes (YOU MUST KEEP YOUR CHILD HOME FROM SCHOOL)**

Student Name	Grade	Date
--------------	-------	------

Parent/Caregiver Full Name/Signature

People have reported a wide range of COVID-19 symptoms ranging from mild symptoms to severe illness. Symptoms may appear 2-14 days after exposure to the virus. These symptoms could include fever or chills, cough, headache, sore throat, shortness of breath or difficulty breathing, loss of taste or smell, muscle pain, congestion or runny nose, rash, conjunctivitis or pink eye, nausea or vomiting, diarrhea, abdominal pain or stomach ache, or fatigue.

Please answer the following question:

Is your child currently experiencing COVID symptoms (listed above) or have your child knowingly been in close contact with anyone who has been diagnosed with, has had COVID-19 symptoms in the last 14 days, or has been placed in quarantine for possible exposure to COVID-19 within the last 14 days?

☐ No

☐ **Yes (YOU MUST KEEP YOUR CHILD HOME FROM SCHOOL)**

Student Name	Grade	Date
--------------	-------	------

Parent/Caregiver Full Name/Signature

Encuesta Estudiantil de Salud de Roosevelt

Todos los padres/tutores deben completar esta encuesta **CADA DÍA** que su hijo/a venga a la escuela. Si su hijo/a está experimentando síntomas de COVID-19 y/o ha estado expuesto a alguien con COVID-19, **DEBE MANTENER A SU NIÑO EN CASA** y llamar a la oficina de la escuela. **Lea toda la pregunta antes de responder. Antes de salir de casa, revise la temperatura de su hijo/a y si está experimentando síntomas. Llene la forma en casa y la entrega en la escuela.**

- Al marcar "No" esta confirmando que su hijo/a no esta experimentando ningún síntoma mencionados en la pregunta incluyendo fiebre y que su hijo/a no ha estado expuesto a un contacto cercano con una persona experimentando síntomas o una persona positiva a COVID.
- Al marcar "Si" debe mantener a su hijo/a en casa y comunicarse con la oficina de la escuela.

Las personas han informado una amplia gama de síntomas de COVID-19 que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Estos síntomas pueden incluir fiebre o escalofríos, tos, dolor de cabeza, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, pérdida del gusto o del olfato, dolor muscular, congestión o secreción nasal, erupción cutánea, conjuntivitis, náuseas o vómitos, diarrea, dolor abdominal o dolor de estómago , o fatiga.

Por favor, conteste la siguiente pregunta:

¿Está actualmente experimentando alguno de los síntomas de COVID-19 (enlistados arriba) o ha estado conscientemente en contacto cercano con alguien a quien se le haya diagnosticado, haya tenido síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días o haya sido puesto en cuarentena por una posible exposición al COVID-19 en los últimos 14 días?

☐ No

☐ **SÍ (DEBE MANTENER A SU HIJO/A EN CASA)**

Nombre del estudiante Grado Fecha

Nombre y firma del Padre/madre/Guardián

Las personas han informado una amplia gama de síntomas de COVID-19 que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Estos síntomas pueden incluir fiebre o escalofríos, tos, dolor de cabeza, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, pérdida del gusto o del olfato, dolor muscular, congestión o secreción nasal, erupción cutánea, conjuntivitis, náuseas o vómitos, diarrea, dolor abdominal o dolor de estómago , o fatiga.

Por favor, conteste la siguiente pregunta:

¿Está actualmente experimentando alguno de los síntomas de COVID-19 (enlistados arriba) o ha estado conscientemente en contacto cercano con alguien a quien se le haya diagnosticado, haya tenido síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días o haya sido puesto en cuarentena por una posible exposición al COVID-19 en los últimos 14 días?

☐ No

☐ **SÍ (DEBE MANTENER A SU HIJO/A EN CASA)**

Nombre del estudiante Grado Fecha

Nombre y firma del Padre/madre/Guardián

Las personas han informado una amplia gama de síntomas de COVID-19 que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Estos síntomas pueden incluir fiebre o escalofríos, tos, dolor de cabeza, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, pérdida del gusto o del olfato, dolor muscular, congestión o secreción nasal, erupción cutánea, conjuntivitis, náuseas o vómitos, diarrea, dolor abdominal o dolor de estómago , o fatiga.

Por favor, conteste la siguiente pregunta:

¿Está actualmente experimentando alguno de los síntomas de COVID-19 (enlistados arriba) o ha estado conscientemente en contacto cercano con alguien a quien se le haya diagnosticado, haya tenido síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días o haya sido puesto en cuarentena por una posible exposición al COVID-19 en los últimos 14 días?

☐ No

☐ **SÍ (DEBE MANTENER A SU HIJO/A EN CASA)**

Nombre del estudiante Grado Fecha

Nombre y firma del padre/madre/guardián

Las personas han informado una amplia gama de síntomas de COVID-19 que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Estos síntomas pueden incluir fiebre o escalofríos, tos, dolor de cabeza, dolor de garganta, falta de aliento o dificultad para respirar, pérdida del gusto o del olfato, dolor muscular, congestión o secreción nasal, erupción cutánea, conjuntivitis, náuseas o vómitos, diarrea, dolor abdominal o dolor de estómago , o fatiga.

Por favor, conteste la siguiente pregunta:

¿Está actualmente experimentando alguno de los síntomas de COVID-19 (enlistados arriba) o ha estado conscientemente en contacto cercano con alguien a quien se le haya diagnosticado, haya tenido síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días o haya sido puesto en cuarentena por una posible exposición al COVID-19 en los últimos 14 días?

☐ No

☐ **SÍ (DEBE MANTENER A SU HIJO/A EN CASA)**

Nombre del estudiante Grado Fecha

Nombre y firma del padre/madre/guardián

