

## Daily Health Questionnaire

**ATTENTION: YOU ARE REQUIRED TO COMPLETE THIS SELF-ADMINISTERED SCREENING EVERYDAY PRIOR TO ATTENDING SCHOOL OR ARRIVING ON SCHOOL GROUNDS. STUDENTS WHO HAVE NOT SUBMITTED THEIR FORM TODAY WILL NOT BE PERMITTED TO PARTICIPATE IN THEIR PROGRAM.**

Please answer the questions below honestly and to the best of your ability.

ATENCIÓN: SE REQUIERE QUE USTED COMPLETE ESTA EVALUACIÓN AUTOADMINISTRADA TODOS LOS DÍAS ANTES DE ASISTIR A LA ESCUELA O LLEGAR A LA ESCUELA. LOS ESTUDIANTES QUE NO HAN ENVIADO SU FORMULARIO HOY NO PODRÁN PARTICIPAR EN SU PROGRAMA. Responda las preguntas a continuación con sinceridad y lo mejor que pueda.

### Section 1: SYMPTOMS

**If at least ONE symptom in Part A is checked off, OR two or more symptoms in Part B are checked off please keep your child home and notify the school for further instructions.**

Si al menos UN síntoma en la Parte A está marcado, O dos o más síntomas en la Parte B están marcados, mantenga a su hijo en casa y notifique a la escuela para obtener más instrucciones.

**PART A:** Please put a CHECK next to ANY and ALL symptoms your child has exhibited (if any):

PARTE A: Por favor, marque CUALQUIER y TODOS los síntomas que su hijo haya presentado (si los hubiera):

- Fever (100.4 or above) (Fiebre por encima de 100.4)
- Vomiting (Vómitos)
- Diarrhea
- Cough (for students with chronic allergic/ asthmatic cough, a change in their cough from baseline) (Tos)
- Shortness of Breath / Difficulty Breathing (Falta de aire)
- New loss of smell (Nueva pérdida de olfato)
- New loss of taste (Nueva pérdida del gusto)

What is your child's temperature this morning?

¿Cuál es la temperatura de su hijo esta mañana?

\*

\_\_\_\_\_

**PART B:** Please put a CHECK next to any symptoms your child has exhibited (if any):

PARTE B: Por favor, coloque una MARCA junto a cualquier síntoma que su hijo haya presentado (si lo hubiera):

- Chills (Resfriado)
- Shivers (Escalofríos)
- Muscle aches (Dolores musculares)
- Headache (Dolor de cabeza)
- Sore Throat (Dolor de garganta)
- Nausea (Náusea)
- Fatigue (Fatiga)
- Congestion or runny nose (Congestión o secreción nasal.)

## Section 2: Close Contact/Potential Exposure

**If ANY of the fields in Section 2 are checked off, your child should remain home for 14 days from the last date of exposure (if child is in close contact of a confirmed COVID-19 case) or date of return to New Jersey. Contact your child's healthcare provider or your local health department for further guidance.**

Si CUALQUIERA de los campos de la Sección 2 está marcado, su hijo debe permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición (si el niño está en contacto cercano con un caso confirmado de COVID-19) o la fecha de regreso a Nueva Jersey. Comuníquese con el proveedor de atención médica de su hijo o con el departamento de salud local para obtener más orientación.

Please check box if any of the following are true for your child:

Marque la casilla si alguna de las siguientes situaciones son verdaderas para su hijo:

- My child has had close contact with a person with confirmed COVID-19 (within 6 feet for at least 10 mins)
- Someone in my household has been diagnosed with COVID-19
- My child has traveled to an area of high community transmission.
- Mi hijo ha tenido contacto cercano con una persona con COVID-19 confirmado
- Alguien en mi hogar ha sido diagnosticado con COVID-19
- Mi hijo ha viajado a un área de alta transmisión comunitaria.

By signing, you are agreeing that you have completed the above form on behalf of your child and have answered all of the questions honestly and as accurately as possible.

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_