



CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES	
Gracias por tomar el tiempo para mantener segura nuestra comunidad escolar.	
1. ¿Alguna de las siguientes declaraciones son verdaderas?	
<ul style="list-style-type: none"> • Mi hijo(a) ha salido positivo en una prueba de COVID-19 en los últimos 14 días (2 semanas). • Mi hijo(a) se ha hecho una prueba de COVID-19 por que ha tenido síntomas pero todavía estamos esperando los resultados. 	
Sí, una de las declaraciones anteriores es verdadera	
No	
2. ¿Su hijo(a) vive con alguien que tiene síntomas de COVID-19 y:	
<ul style="list-style-type: none"> • está esperando tomar una prueba de COVID-19, o • está esperando sus resultados de prueba, o • tiene un diagnóstico confirmado de COVID-19 	
Sí	
No	
3. ¿En las últimas 24 horas, su hijo(a) se ha sentido con fiebre o ha tenido alta temperatura de más de 100.4° F?	
Sí	
No	
4. ¿En las últimas 24 horas, ha tenido su hijo(a), o alguien quien vive en el mismo hogar, alguno de los siguientes síntomas que no estén relacionados con cualquier otra condición?	
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Nueva tos • Vómito • Diarrea 	
Sí	
No	
5. ¿En los últimos 10 días, su hijo ha estado en contacto cercano (dentro de 6 pies por 15 minutos o más) con alguien que ha dado positivo para COVID-19 o es miembro de un salón de clases o grupo con exposición a un niño potencialmente infectado?	
Sí	
No	
6. ¿Su estudiante está actualmente en aislamiento o cuarentena?	
Sí	
No	