

COVID-19 CUESTIONARIO

TODOS LOS PADRES/DEBEN COMPLETAR NUESTRA ENCUESTA DE COVID-19 UNA VEZ AL MES Y ENVIARLO POR CORREO ELECTRÓNICO.

**NOMBRE COMPLETO DEL
PADRE:_____**

**NOMBRE COMPLETO DEL
ESTUDIANTE:_____**

Q1: ¿Su hijo/a tiene actualmente una temperatura de 100.4?

SI NO

Q2: En las últimas 24 horas, su hijo ha experimentado lo siguiente:

- fiebre
- fatiga
- tos seca frecuente
- achaques y dolor
- dolor de garganta
- diarrea
- dolor de cabeza
- dificultad para respirar
- perdido/a de olor y sabor

Q3: ¿Ha estado su hijo/a en contacto recientemente con alguien que haya presentado algunos de estos síntomas?

SI NO

Q4: ¿Su hijo ha estado recientemente en contacto con alguien que haya dado positivo por COVID-19?

SI NO

Q5: ¿Su hijo/a ha viajado fuera del estado de Nueva York en los últimos 14 días?

SI NO

Firma del Padre:_____

Fecha:_____