

**LA ESCUELA DE ST. MARY SCHOOL PARA SORDOS  
CUESTIONARIO DE REVISIÓN DE SALUD DIARIO PARA EL ESTUDIANTE**

La salud y seguridad de nuestros estudiantes son nuestra principal preocupación. Todos los padres/guardianes son requeridos asegurar que su hijo/a (hijos) no están experimentando cualquier signo y síntoma de COVID-19 y no tienen fiebre de 100.0 grados o más antes de asistir a la escuela en persona. El Estudiante solo puede asistir a la escuela en persona si las siguientes declaraciones son verdaderas:

1. Revise la temperatura del estudiante nombrado a continuación, y esa temperatura del estudiante es menos de 100.0° F.
2. Tampoco el estudiante, ni nadie que resida en mi casa, actualmente tiene o a tenido ALGUNA de los siguientes síntomas de COVID-19 dentro de los últimos 10 días:

Fiebre de 100.0° F o más	Dolores de músculos o cuerpo
Tos	Dolor de garganta
Falta de aire o dificultad para respirar	Nueva pérdida de gusto u olfato
Escalofríos	Síntomas Gastrointestinal (náusea, vomitando diarrea)
Dolor de cabeza	Congestión o rinorrea

\*Nota: Síntomas atribuidas por un enfermedad crónica attributed como el asma y alergias o condiciones crónica gastrointestinal pueden presentar los mismos síntomas como COVID-19 pero no son contagiosas ni representar na amenaza para la salud publica y no son considerados síntomas de COVID-19.

3. El estudiante no ha probado positivo por COVID-19 dentro de los últimos 10 días.
4. El estudiante no ha tenido contacto cercano dentro de los últimos 10 días con cualquier individuo que es un caso confirmado o sospechado COVID-19.
5. El estudiante no está sujeto a ningún requisito de cuarentena relacionado con viajes fuera del estado de acuerdo con la Orden Ejecutiva No. 205.2 del Estado de Nueva York. Para verificar la lista de estados restringidos visita el siguiente sitio de web:  
<https://coronavirus.health.ny.gov/covid-19-travel-advisory#restricted-states>

Por al presente certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas. (Si tu no puedes certificar estas declaraciones puede que no trabajes.) Yo tambien afirmo que entiendo que tengo que notificar la/el enfermera/o si desarrollo síntomas o si mis respuestas al cuestionario de revisión cambian.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**Si no puedes certificar estas declaraciones, el estudiant no puede asistir a la escuela en persona y deberías contactar la/el enfermera/o para orientación adicional (716) 834-7200 Ext. 129 o [infirmary@smsdk12.org](mailto:infirmary@smsdk12.org).**