



Norwalk Public Schools

COVID-19 Daily Parent Checklist

Complete this COVID-19 Daily Parent Checklist for your child before attending school each day.

If you reply YES to any of the questions, your child must STAY HOME.

Child's Name: _____

Date: _____

School: _____

Grade: _____

Has your child had a temperature of 100.4°F or greater in the past 24 hours? Yes No

Has your child taken any fever reducing medications in the past 24 hours? Yes No

Has your child traveled to a state that is banned in the past 24 hours? Yes No

Have you had any visitors in the last 2 weeks from a state that is banned? Yes No

<https://portal.ct.gov/coronavirus/travel>

Does your child have any of the following symptoms?

Loss of Smell or Taste?	Yes	No
Sore Throat?	Yes	No
Cough?	Yes	No
Muscle or Body Aches?	Yes	No
Shortness of Breath?	Yes	No
Chills?	Yes	No
Headache?	Yes	No
Fatigue?	Yes	No
Congestion/Runny Nose?	Yes	No
Nausea/Vomiting?	Yes	No
Diarrhea?	Yes	No
Loss of Appetite?	Yes	No

placed on quarantine for possible contact with COVID-19? Yes No

Print Parent Name: _____ Parent Signature: _____

APÉNDICE: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PADRES y PREGUNTAS DEL EXAMEN DE SALUD DIARIO



Escuelas Públicas de Norwalk

Lista de verificación diaria para padres sobre la COVID-19

Complete esta Lista de verificación diaria para padres sobre la COVID-19 sobre su hijo antes de asistir a la escuela todos los días.

Si responde Sí a alguna de las preguntas, su hijo debe QUEDARSE EN CASA.

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Grado: _____

¿Ha tenido su hijo una temperatura de 100.4°F o más en las últimas 24 horas? Sí No

¿Ha tomado su hijo algún medicamento para reducir la fiebre en las últimas 24 horas? Sí No

¿Ha viajado su hijo a un estado que está prohibido en las últimas 24 horas? Sí No

¿Ha recibido visitas en las últimas 2 semanas de un estado que está prohibido? Sí No

<https://portal.ct.gov/coronavirus/travel>

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes síntomas?

Pérdida de olfato o gusto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolores musculares o corporales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Escalofríos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cansancio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congestión/secreción nasal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Náuseas/vómitos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diarrea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida del apetito	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Su hijo o alguien con quien ha estado en contacto cercano ha sido diagnosticado con COVID-19, o está en cuarentena por posible contacto con COVID-19? Sí No

Escriba el nombre del padre: _____ Firma del padre: _____