**Chippewa Valley Schools**

**Preguntas Auto-Evaluacion Estudiante**

El siguiente cuestionario ha sido creado por el Departamento de Salud del Condado de Macomb y será usado en Chippewa Valley Schools. Se espera que padres/guardianes eveluen a su hijo o hijos **antes que ellos salgan hacia la escuela o antes que los envieen a la escuela**. Estos sintomas pueden indicar una posible enfermedad que disminuya la abilidad de su hijo para aprender y los ponga en riesgo de contagiar la enfermedad a otros.

**Sección 1: Preguntas de Sintomas**

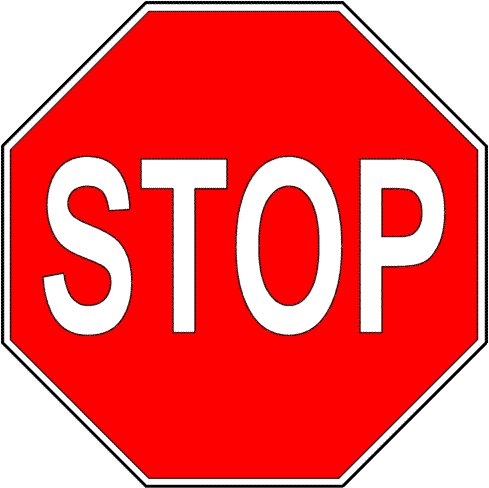
☐ Temperatura de 100.04 grados Fahrenheit ó mas alta cuando es tomada por la boca.

☐ Dolor de garganta

☐ Nueva tos descontrolada que cause problemas para respirar (para estudiantes con alergias crónicas/ tos asmatica, un cambio en su tos regular)

☐ Diarrea, vomito, o dolor abdominal

☐ Inicio de dolor de cabeza severo, especialmente con fiebre.



**Si la respuesta es SI a cualquiera de estos sintomas, mantenga a su hijo/hijos en casa.**

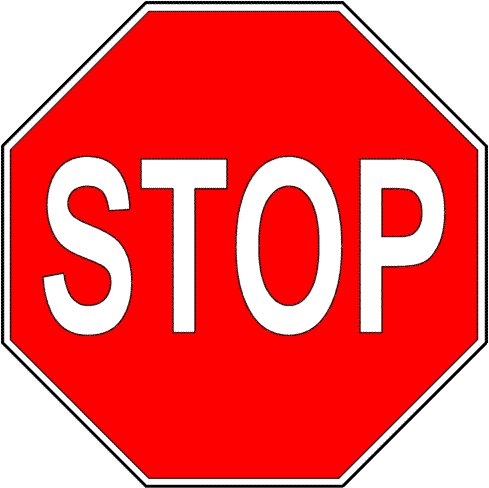
**Sección 2: Preguntas de Contacto Cercano/Posible Exposición**

En los pasados 14 días su hijo/hijos ha:

☐ Tenido contacto directo (dentro de 6 pies (6 feet) de una persona infectada y por al menos 15 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado:

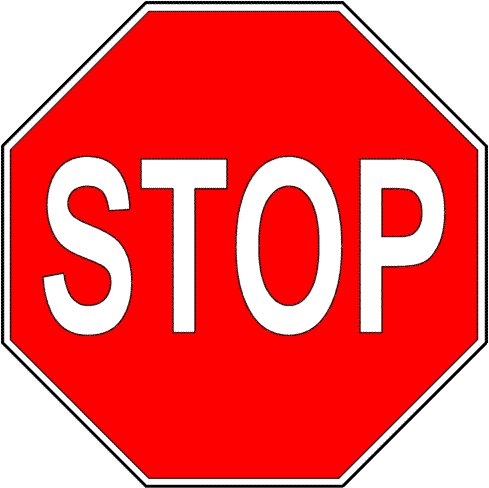
O

☐ Viajado a ó vive en una area con un alto nivel de transmisión de COVID-19



**Si la respuesta es SI a cualquier Pregunta de Sintomas y SI a cualquier pregunta de Contacto Cercano/ Posible Exposición, llame a la escuela tan pronto como pueda y hagales saber la razón por la cual su hijo/hijos no estaran ahi ese día.** Llame a su prestador de servicio de salud de inmediato. Si no tiene uno ó no lo puede ver, vaya a <http://www.mi.gov/coronavirustest> ó llame al 2-1-1 para encontrar un lugar donde su hijo o hijos puedan ser evaluados for COVID-19.

**Sección 3: Guia de Sintomas**

**Si la respuesta es SI a cualquier pregunta de sintomas, pero NO a todas las preguntas de Contacto Cercano/ Posible Exposición, su estudiante puede volver a la escuela cuando los sintomas disminuyan o mejore.** Cliquee en [Managing Communicable Diseases in Schools](https://www.michigan.gov/documents/mdch/Managing_CD_in_Schools_FINAL_469824_7.PDF) (Manejo de Enfermedades Transmisibles en las Escuelas) ó tiempos adicionales de regreso a la escuela.

• **Fiebre**: al menos 24 horas sin fiebre, y sin medicinas para disminuir la fiebre.

• **Dolor de garganta**: mejoría (si es Estreptococo: no regrese hasta que se haya tomado al menos 2 dosis de antibiótico)

• **Tos/Dificultad para Respirar**: mejoria

• **Diarrea, vomito, dolor abdominal:** no diarrea ó vomito por 24 horas

• **Severo dolor de cabeza**: mejoria

Aviso Legal: Este cuestionario esta sujeto a cambios basado en la mas reciente informacion de COVID-19.

Source: Centers for Disease Control and Prevention; [Screening K-12 Students for Symptoms of COVID-19: Limitations and Considerations](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/symptom-screening.html)