



Chequeo de salud diario de los padres

Como alternativa a las preguntas del examen de salud diario en la instalación de cuidado infantil, los padres pueden completar el examen de salud a continuación antes de llegar al programa. Utilice un espacio por día.¹

1. ¿Tiene usted o su hijo los siguientes síntomas: Tos inusual, Pérdida del gusto u olfato, Falta de aliento, Fiebre?
2. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso positivo de COVID-19 en los últimos 14 días? *
3. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso presunto de COVID-19 en los últimos 14 días? *

Si respondió "no" a todas las preguntas de la izquierda, firme y ponga la fecha a continuación.

Firma

Fecha

1. ¿Tiene usted o su hijo los siguientes síntomas: Tos inusual, Pérdida del gusto u olfato, Falta de aliento, Fiebre?
2. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso positivo de COVID-19 en los últimos 14 días? *
3. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso presunto de COVID-19 en los últimos 14 días? *

Si respondió "no" a todas las preguntas de la izquierda, firme y ponga la fecha a continuación.

Firma

Fecha

1. ¿Tiene usted o su hijo los siguientes síntomas: Tos inusual, Pérdida del gusto u olfato, Falta de aliento, Fiebre?
2. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso positivo de COVID-19 en los últimos 14 días? *
3. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso presunto de COVID-19 en los últimos 14 días? *

Si respondió "no" a todas las preguntas de la izquierda, firme y ponga la fecha a continuación.

Firma

Fecha

1. ¿Tiene usted o su hijo los siguientes síntomas: Tos inusual, Pérdida del gusto u olfato, Falta de aliento, Fiebre?
2. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso positivo de COVID-19 en los últimos 14 días? *
3. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso presunto de COVID-19 en los últimos 14 días? *

Si respondió "no" a todas las preguntas de la izquierda, firme y ponga la fecha a continuación.

Firma

Fecha

1. ¿Tiene usted o su hijo los siguientes síntomas: Tos inusual, Pérdida del gusto u olfato, Falta de aliento, Fiebre?
2. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso positivo de COVID-19 en los últimos 14 días? *
3. ¿Ha estado usted o su hijo expuesto a un caso presunto de COVID-19 en los últimos 14 días? *

Si respondió "no" a todas las preguntas de la izquierda, firme y ponga la fecha a continuación.

Firma

Fecha

*Expuesto significa haber estado en contacto cercano durante más de 15 minutos en un período de 24 horas durante el período de contagio. El período de contagio es de dos días antes a 10 días después de que la persona con los síntomas del COVID-19 se volviera sintomática por primera vez. Si no se presentan síntomas, el período de contagio es de 2 días antes de que se realice la prueba hasta 10 días después.

¹ Ver <https://oregonearlylearning.com/COVID-19-Resources>. "Pautas de salud y seguridad para el cuidado infantil y la educación en la edad temprana que operan durante COVID-19". Publicado el 14/8/2020, actualizado en enero de 2021.