



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 | No |
| Dolor de garganta | Sí | No |
| Tos | Sí | No |
| Dolores musculares o corporales | Sí | No |
| Dificultad para respirar | Sí | No |
| Escalofríos | Sí | No |
| Dolor de cabeza | Sí | No |
| Cansancio | Sí | No |
| Congestión/secreción nasal | Sí | No |
| Náuseas/vómitos | Sí | No |
| Diarrea | Sí | No |
| Pérdida del apetito | Sí | No |

¿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: _____