

DISTRITO ESCOLAR DE CENTRALIA

Testimonio de estudiante/personal para monitorizar síntomas de Covid-19

Instrucciones: Se necesita llenar un testimonio cualquier día que está presente en un edificio de CSD. Toma su temperatura cada día antes de llegar y contesta las preguntas abajo. Marca con Sí o No de los síntomas.

PERSONAL: Si marca que Sí a cualquier pregunta, favor de hablar con el administrador del edificio antes de entrar.

ESTUDIANTE: Si marca que Sí a cualquier pregunta, favor de quedarse en casa y llamar a la escuela para su ausencia. Los estudiantes en grados K-6 requieren la firma de un padre/tutor. Los estudiantes de grados 7-12 pueden firmar por sí mismo.

PERSONAL & ESTUDIANTE: Si marca NO a todas las preguntas, entrega el testimonio a la escuela. Gracias.

Síntomas in the past 24 hours	SÍ (indica con una X o ✓)	NO (indica con una X o ✓)	Comentarios
Tos			
Dificultad de respirar			
Temp. $\geq 38^{\circ}$ C. o que tiene fiebre			
Dolor de garganta			
Escalafría			
Dolor de cabeza			
Pérdida del gusto/olfato			
Dolores del cuerpo			
Náusea/vomitarse/diarrea			
Nariz tapada/moqueo que NO son parte de alergias			
Cansancio inusual			
¿Alguien en la casa tiene estos síntomas?			
¿Ha tenido contacto con alguien con Covid-19?			
¿Han recibido una prueba positiva de COVID-19 en los últimos 10 días, o están esperando los resultados de una prueba de COVID-19? Do not check yes if you're waiting for the results of an asymptomatic test done by the District.			
¿Les han dicho los médicos o clínica que se queden en casa o hagan una cuarentena por infección de COVID-19?			

Yo/Mi estudiante* _____ atesto que no he estado enfermo y que no tengo síntomas de enfermedad. Doy fe de que he llenado este testimonio honestamente y a la mejor de mi habilidad. Además, estoy de acuerdo en llevar una mascarilla mientras estoy en la escuela y mantener distancia de los demás.

Su firma/del padre* _____ Fecha de hoy _____

*Grados K-6 requiere la firma de un padre/tutor y los grados 7-12 requiere la firma del estudiante sí mismo.

CENTRALIA SCHOOL DISTRICT

Student/Staff Attestation for Monitoring COVID-19 Signs/Symptoms

STAFF: If you check YES to any of the below questions, please contact your building administrator before coming to work.

STUDENT: If you check YES to any of the below questions, please stay home and contact your school to report your absence. Students in grades K-6 need a parent/guardian signature. Students in grade 7-12 may sign themselves.

STUDENTS & STAFF: If you can check NO to all items, bring your current, completed attestation with you to school. Thank you.

Sign/Symptom/Complaint in the past 24 hours	YES (indicate with an X or ✓)	NO (indicate with an X or ✓)	Comments
Cough			
Short of breath or difficulty breathing			
Temp. ≥ 100.4 °F. or feels like having a fever			
Sore Throat			
Chills			
Headache			
New loss of smell or taste			
Muscle or body aches or pains			
Nausea/vomiting/diarrhea			
Congestion/runny nose NOT related to seasonal allergies			
Unusual tiredness			
Does anyone in your household have any of the above signs/symptoms/complaints?			
Have you been in close contact with anyone with confirmed COVID-19?			
Have you tested positive for COVID-19 in the past 10 days, or are you awaiting results of a COVID-19 test? Do not check yes if you're waiting for the results of an asymptomatic test done by the District.			
Have you been told by a public health or medical professional to self-monitor, self-isolate, or self-quarantine because of concerns about COVID-19 infection?			

I/My Student* _____ have not been ill and have no signs/symptoms of illness. I attest that this form has been completed honestly and to the best of my ability. Additionally, I agree to wear a mask while at school and socially distance from others.

Your/Parent Signature* _____ Today's Date _____

*Grades K-6 require parent/guardian signature and grades 7-12 require student signature.