

Formulario de Auto-certificación de Contacto y Síntomas de  
COVID-19 del Distrito 155  
(para ser completado sólo por padres/tutores)

Nombre del Estudiante:

Fecha de Asistencia:

Por favor, marque cualquiera de los síntomas que este estudiante haya tenido en las últimas 24 horas.

- Fiebre (100.4 F o más alta)
- Nueva Tos
- Falta de Aire
- Nueva Congestión/Secreción Nasal
- Dolores Musculares o del Cuerpo
- Nueva Aparición de Dolor de Cabeza de Moderado a Intenso
- Dolor de Garganta
- Nueva Pérdida del Gusto o el Olfato
- Náuseas/Vómitos
- Diarrea
- Fatiga (por causa desconocida)
- Ninguna de Estas

¿Ha tenido este estudiante algún contacto cercano (dentro de 6 pies durante por lo menos por 15 minutos) con cualquier caso positivo de COVID-19 en los últimos 14 días?

- Sí
- No

¿Está este estudiante en posesión de una mascarilla apropiada que se puede usar correctamente durante todo el tiempo que estará dentro o alrededor de la escuela?

- Sí
- No

Nombre del Padre:

Fecha: