



Student Name

Teacher

This is a daily symptom check. Based on your responses, you will either be approved to come to campus, or you will be directed to follow other procedures.

By completing the survey and submitting your responses, you agree that the information collected can be used by the Newark Unified School District to provide a safe environment for all. The data will be used solely to determine if you should come to campus at this time and will be kept confidential.

In the past 10 days, was the student... *(Please check all that apply.)*

- Sent home sick or absent due to illness?
- Diagnosed with COVID-19 or did the student have a test confirming that they had the virus?
- None of the above

In the past 14 days, has the student... *(Please check all that apply.)*

- Had close contact with anyone in the household who was diagnosed with COVID-19 or who had a test confirming they have the virus?
- Had close contact with someone outside the household who was diagnosed with COVID-19 or who had a test confirming they have the virus?
- None of the above

Do you currently have any of the following symptoms *(Please check all that apply.)*?

- Fever (temperature greater than 100.0 F)
- Chills (uncontrollable body shaking)
- Cough that is new or worsening
- Recent decrease in sense of smell or taste
- Sore throat
- Difficulty breathing
- Nausea or vomiting
- Diarrhea
- None of the above

Parent Signature

Date



Nombre de estudiante

Maestro/a

Esta es una verificación de síntomas diaria. Según sus respuestas, se le aprobará para venir al campus o se le indicará que siga otros procedimientos.

Al completar la encuesta y enviar sus respuestas, acepta que el Distrito Escolar Unificado de Newark puede utilizar la información recopilada para proporcionar un entorno seguro para todos. Los datos se utilizarán únicamente para determinar si debe asistir al campus en este momento y se mantendrán confidenciales.

En los últimos 10 días, el estudiante ha... *(Por favor marque todos los que apliquen.)*

- Sido regresado a su casa enfermo, o ha estado ausente a cause de enfermedad?
- Sido diagnosticado con Covid-19, o el estudiante obtuvo un examen confirmando que tuvo el virus?
- Ninguno de las opciones anteriores

En los ultimos 14 dias, el estudiante ha.... *(Por favor marque todos los que apliquen)*

- Ha estado en contacto con alguien dentro de su casa que dio positivo por COVID-19 o obtuvo un examen confirmando que tuvo el virus?
- Ha estado en contacto con alguien fuera de su casa que dio positivo por Covid-19 o obtuvo un examen confirmando que tuvo el virus?
- Ninguna de las opciones anteriores

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas *(Por favor marque todos los que apliquen.)?*

- Fiebre (temperatura superior a 100,0 F)
- Escalofríos (temblores corporales incontrolables)
- Tos nueva o que empeora
- Disminución reciente del sentido del olfato o el gusto.
- Dolor de garganta
- Dificultad para respirar
- Náuseas o vómitos
- Diarrea
- Ninguna de las anteriores

Firma de Padre

Fecha