



## Academia Internacional de Newman

### 2020-2021 Formulario de Evaluación de COVID-19

Este formulario debe ser llenado por todas las personas que respondan “sí” a cualquiera de las preguntas siguientes. Cualquier persona mayor de 18 años de edad (alumnos, facultad, personal, padres, visitantes) puede firmar por sí mismo. Los padres deben completar este formulario para sus hijos menores de 18 años de edad.

Este formulario debe enviarse al director(a)/supervisor correspondiente. Solo será mantenido en archivo hasta que se cumplan con los criterios para regresar a la escuela.

Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de tel.: \_\_\_\_\_

**1. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas de una manera que no es normal para ti que sugieren una posible infección por el COVID-19?**

- Temperatura más de 100 grados Fahrenheit;
- Dolor de garganta;
- Tos reciente y no controlada que provoca dificultad para respirar (o, en el caso de estudiantes con tos alérgica o asmática crónica, un cambio en su tos con respecto a la habitual);
- Diarrea, vómitos o dolor abdominal; o
- Nuevos episodios de dolores de cabeza fuertes, especialmente con fiebre.

Por favor responda Sí o NO.

**2. ¿Ha tenido contacto cercano con algún individuo al que se le haya confirmado, por medio de una prueba de laboratorio, que tiene el COVID-19 en los últimos 14 días?**

*El contacto cercano se define como:*

- Estar expuesto directamente a secreciones infecciosas (por ejemplo, al toser); o
  - Estar dentro de los 6 pies de distancia por un período acumulativo de 15 minutos;
- Si alguna de las situaciones anteriores ocurrió en algún momento en los últimos 14 días al mismo tiempo que el individuo infectado se encontraba infeccioso.

Por favor responda Sí o NO.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_