



# COVID-19 Poster de Monitoreo Escolar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## 1. ¿Su hijo tiene alguno de los siguientes síntomas, reciente o empeorando? \*



Sí   
No

Fiebre > 37.8°C



Sí   
No

Tos



Sí   
No

Dificultad para respirar

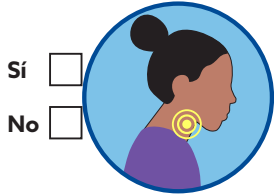


Sí   
No

Pérdida del olfato o gusto

Si responde "SÍ": Debe quedarse en casa, aislarse y realizar la prueba o contactar al proveedor de salud del menor.

## 2. ¿Su hijo tiene alguno de los siguientes síntomas, reciente o empeorando? \*



Sí   
No

Dolor de garganta,  
dolor al tragar



Sí   
No

Congestión nasal /  
escurrimiento nasal



Sí   
No

Dolor de cabeza



Sí   
No

Náusea,  
vómito,  
diarrea



Sí   
No

Malestar, dolores  
musculares,  
cansancio

### Si responde "SÍ" a 1 síntoma:

- Debe quedarse en casa durante 24 horas desde el inicio del síntoma
- Si mejora en 24 horas, puede regresar a la escuela. No requiere prueba.
- Si no mejora o empeora, debe aislarse y realizar la prueba.

### Si responde "SÍ" a 2 o más síntomas:

- Debe quedarse en casa, aislarse y realizar la prueba o contactar al proveedor de salud del menor.

3. ¿Su hijo ha viajado al extranjero en los últimos 14 días?  Sí  No

4. ¿Se ha identificado a su hijo como contacto cercano de una persona con diagnóstico de COVID-19?  Sí  No

5. ¿Se le ha recomendado a su hijo quedarse en casa y aislarse?  Sí  No

### Si respondió "SÍ" a las preguntas 3, 4 o 5:

- Su hijo debe quedarse en casa, aislarse y seguir las recomendaciones de salud pública

\*Los menores con una condición de salud identificada por un proveedor de salud que les ocasione síntomas no deben responder Sí a menos que el síntoma sea nuevo, diferente o empeore. Considere cambios en los síntomas normales de su hijo.