

HISD Student Self-Screener

If your child has any of the COVID-19 symptoms listed below, is lab-confirmed with COVID-19, or has been in close contact with someone who has COVID-19:
KEEP YOUR CHILD AT HOME.

To prevent the spread of COVID-19 and reduce the potential risk of exposure to others, a parent or guardian is required to self-screen each child(ren) for COVID-19 symptoms prior to sending them to school.

- If the answer to any question below is 'YES' - **Parents must ensure they do not send a child to campus**
- Parents must contact the school nurse if a student has symptoms or has a lab-confirmed case

1. Do you have symptoms consistent with COVID-19?	YES	NO
- Feeling feverish or a measured temperature greater than or equal to 100.0 degrees Fahrenheit.		
- Loss of taste or smell		
- Cough		
- Difficulty breathing		
- Shortness of breath		
- Fatigue		
- Headache		
- Chills		
- Sore throat		
- Congestion or runny nose		
- Shaking or exaggerated shivering		
- Significant muscle pain or ache		
- Diarrhea		
- Nausea or vomiting		
2. In the last 14-days, have you been lab test-confirmed to have COVID-19?	YES	NO
3. In the last 14-days, have you had close contact with anyone who has tested positive for COVID-19 or is waiting for results?	YES	NO

Autoevaluación del estudiante de HISD

Si su hijo tiene alguno de los síntomas de COVID-19 que se enumeran a continuación, está confirmado por laboratorio con COVID-19 o ha estado en contacto cercano con alguien que tiene COVID-19:

MANTENGA A SU HIJO EN CASA.

Para prevenir la propagación de COVID-19 y reducir el riesgo potencial de exposición a otros, se requiere que un padre o tutor legal autoevalúe a cada niño (s) para detectar síntomas de COVID-19 antes de enviarlos a la escuela.

- Si la respuesta a cualquier pregunta a continuación es 'SÍ', los **padres deben asegurarse de no enviar a un niño al campus.**
- padres deben comunicarse con la enfermera de la escuela si un estudiante tiene síntomas o tiene un caso confirmado por laboratorio

1. ¿Tiene síntomas consistentes con COVID-19 ?	SÍ	NO
- Sensación de fiebre o una temperatura medida mayor o igual a 100.0 grados Fahrenheit.		
- Pérdida del gusto o del olfato		
- Tos		
- Dificultad para respirar		
- Falta de aliento		
- Fatiga		
- Dolor de cabeza		
- Escalofríos		
- Dolor de garganta		
- Congestión o secreción nasal		
- Temblores o escalofríos exagerados		
- Dolor o dolor muscular significativo		
- Diarrea		
- Náuseas o vómitos		
2. En los últimos 14 días, ¿le han confirmado pruebas de laboratorio que tiene COVID-19?	SÍ	NO
3. En los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto cercano con alguien que haya dado positivo por COVID-19 o esté esperando resultados?	SÍ	NO

