

Student Daily Health Screener – FAST PASS
Parents complete this form daily.

Student Name: _____

Date: _____ Parent Signature: _____

Yes No

In the last 14 days, has anyone in your household had close contact with someone who has or is suspected to have COVID-19?

In the last 24 hours, has your child experienced any of the following symptoms?

- Fever (over 100.4)
- Headache
- Cough
- Sore Throat
- Shortness of breath
- Chills
- Muscle aches
- Loss of taste and smell
- Gastrointestinal (nausea, vomiting or diarrhea)

Student Daily Health Screener – FAST PASS
Parents complete this form daily.

Student Name: _____

Date: _____ Parent Signature: _____

Yes No

In the last 14 days, has anyone in your household had close contact with someone who has or is suspected to have COVID-19?

In the last 24 hours, has your child experienced any of the following symptoms?

- Fever (over 100.4)
- Headache
- Cough
- Sore Throat
- Shortness of breath
- Chills
- Muscle aches
- Loss of taste and smell
- Gastrointestinal (nausea, vomiting or diarrhea)

Student Daily Health Screener – FAST PASS
Parents complete this form daily.

Student Name: _____

Date: _____ Parent Signature: _____

Yes No

In the last 14 days, has anyone in your household had close contact with someone who has or is suspected to have COVID-19?

In the last 24 hours, has your child experienced any of the following symptoms?

- Fever (over 100.4)
- Headache
- Cough
- Sore Throat
- Shortness of breath
- Chills
- Muscle aches
- Loss of taste and smell
- Gastrointestinal (nausea, vomiting or diarrhea)

11/9/20

Student Daily Health Screener – FAST PASS
Parents complete this form daily.

Student Name: _____

Date: _____ Parent Signature: _____

Yes No

In the last 14 days, has anyone in your household had close contact with someone who has or is suspected to have COVID-19?

In the last 24 hours, has your child experienced any of the following symptoms?

- Fever (over 100.4)
- Headache
- Cough
- Sore Throat
- Shortness of breath
- Chills
- Muscle aches
- Loss of taste and smell
- Gastrointestinal (nausea, vomiting or diarrhea)

11/9/20

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO
Padres completen esta evaluación diariamente.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____ Firma del padre: _____

Si No

¿En los últimos 14 días alguna persona en su casa ha tenido contacto cercano con una persona que ha tenido o es sospechoso de tener o haber tenido COVID-19?

En las últimas 24 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

- Fiebre arriba de 100.4
- Dolor de Cabeza
- Tos
- Garganta Irritada
- Dificultad para Respirar
- Escalofríos
- Dolor Muscular
- Pérdida de Sabor u Olor
- Gastrointestinal (náuseas, vómito o diarrea)

11/9/20

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO
Padres completen esta evaluación diariamente.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____ Firma del padre: _____

Si No

¿En los últimos 14 días alguna persona en su casa ha tenido contacto cercano con una persona que ha tenido o es sospechoso de tener o haber tenido COVID-19?

En las últimas 24 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

- Fiebre arriba de 100.4
- Dolor de Cabeza
- Tos
- Garganta Irritada
- Dificultad para Respirar
- Escalofríos
- Dolor Muscular
- Pérdida de Sabor u Olor
- Gastrointestinal (náuseas, vómito o diarrea)

11/9/20

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO
Padres completen esta evaluación diariamente.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____ Firma del padre: _____

Si No

¿En los últimos 14 días alguna persona en su casa ha tenido contacto cercano con una persona que ha tenido o es sospechoso de tener o haber tenido COVID-19?

En las últimas 24 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

- Fiebre arriba de 100.4
- Dolor de Cabeza
- Tos
- Garganta Irritada
- Dificultad para Respirar
- Escalofríos
- Dolor Muscular
- Pérdida de Sabor u Olor
- Gastrointestinal (náuseas, vómito o diarrea)

11/9/20

Declaración de salud diaria del estudiante – PASE RAPIDO
Padres completen esta evaluación diariamente.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____ Firma del padre: _____

Si No

¿En los últimos 14 días alguna persona en su casa ha tenido contacto cercano con una persona que ha tenido o es sospechoso de tener o haber tenido COVID-19?

En las últimas 24 horas, su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

- Fiebre arriba de 100.4
- Dolor de Cabeza
- Tos
- Garganta Irritada
- Dificultad para Respirar
- Escalofríos
- Dolor Muscular
- Pérdida de Sabor u Olor
- Gastrointestinal (náuseas, vómito o diarrea)

11/9/20