

PARE

Evaluación del COVID-19

Si responde "SÍ" a CUALQUIERA de las siguientes preguntas, no envíe a su hijo/a a la escuela y consulte a un profesional de salud o una unidad pública de salud para obtener más indicaciones:

¿Presenta su hijo/a o cualquier persona en su hogar alguno de los siguientes síntomas, recientes o que empeoran, asociados con el COVID-19?



Fiebre
(temperatura alta)

SÍ NO



Tos reciente
o que empeora

SÍ NO



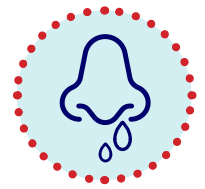
Falta de aire,
Dificultad para respirar

SÍ NO



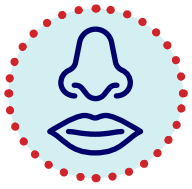
Dolor de garganta,
Dificultad para tragar

SÍ NO



Goteo o
congestión nasal

SÍ NO



Pérdida del sentido de
gusto o de olfato

SÍ NO



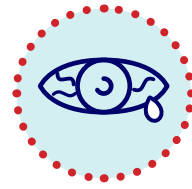
Náuseas, vómitos,
diarrea

SÍ NO



Fatiga / malestar /
escalofríos / dolor de
cabeza inexplicables

SÍ NO



Conjuntivitis

SÍ NO



¿Ha estado su hijo/a, o cualquier persona de su hogar, en contacto físico cercano con una persona que esté siendo "evaluada" o que haya dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días, sin llevar un equipo de protección individual adecuado?

SÍ NO



¿Ha viajado su hijo/a, o cualquier persona de su hogar, fuera de Canadá en los últimos 14 días?

SÍ NO



¿Ha trabajado usted, o cualquier persona de su hogar, en una institución que esté experimentando un brote de COVID-19?

SÍ NO