
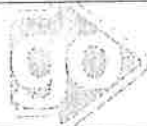


STUDENT SYMPTOM SCREENING CHECKLIST

Parents must complete a daily symptom screening check by answering these questions before sending their child to school.

Has your child had close contact (within 6 feet for at least 15 minutes) with a confirmed case of COVID-19?	_____ YES	_____ NO
Does your child have chills or a fever of 100. or greater?	_____ YES	_____ NO
Does your child have new or worsening cough?	_____ YES	_____ NO
Does your child have shortness of breath or difficulty breathing?	_____ YES	_____ NO
Is your child experiencing fatigue?	_____ YES	_____ NO
Does your child have unexplained muscle or body aches?	_____ YES	_____ NO
Does your child have a headache (not related to a known health condition i.e. migraines)?	_____ YES	_____ NO
Does your child have a new loss of taste or smell?	_____ YES	_____ NO
Does your child have a sore throat?	_____ YES	_____ NO
Has your child been experiencing nausea or vomiting?	_____ YES	_____ NO
Does your child have diarrhea?	_____ YES	_____ NO

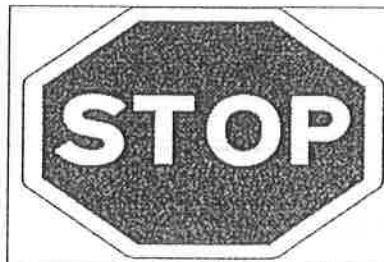
*Based on CDC guidelines from 5-13-20

	<p>If YES to <u>ANY</u> of the questions DO NOT SEND YOUR CHILD TO SCHOOL. Please seek guidance from your medical provider. Contact your school to inform them of your child's symptoms. You may also contact the South Dakota Department of Health at 1-800-592-1861 with questions.</p>
	<p>If NO to <u>ALL</u> questions go to school.</p>

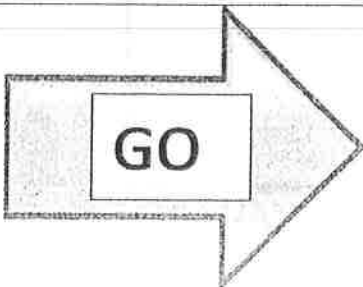
STUDENT SYMPTOM SCREENING CHECKLIST

Los padres deben completar una verificación diaria de detección de síntomas respondiendo estas preguntas antes de enviar a su hijo a la escuela.

¿Ha tenido su hijo contacto cercano (dentro de 6 pies durante al menos 15 minutos) con un caso confirmado de COVID-19?	SI	NO
¿Su hijo tiene escalofríos o fiebre de 100.0 o más?	SI	NO
¿Su hijo tiene tos nueva o que empeora?	SI	NO
¿Tiene su hijo dificultad para respirar o dificultad para respirar?	SI	NO
¿Su hijo está experimentando fatiga?	SI	NO
¿Tiene su hijo dolores musculares o corporales inexplicables?	SI	NO
¿Su hijo tiene dolor de cabeza (no relacionado con una condición de salud conocida, es decir, migrañas)?	SI	NO
¿Su hijo tiene una nueva pérdida de sabor u olor?	SI	NO
¿Su hijo tiene dolor de garganta?	SI	NO
¿Su hijo ha estado experimentando náuseas o vómitos?	SI	NO
¿Su hijo tiene diarrea?	SI	NO



Si respondió **SÍ** a CUALQUIERA de las preguntas, **NO ENVÍE A SU HIJO A LA ESCUELA**. Por favor busque orientación de su proveedor médico. Póngase en contacto con su escuela para informarles de los síntomas de su hijo. También puede comunicarse con el Departamento de Salud de Dakota del Sur al 1-800-592-1861 si tiene preguntas.



Si **NO** a TODAS las preguntas, vaya a la escuela