

COVID-19 CUESTIONARIO



90-11 35th Ave Jackson Heights NY 11372
(718) 779-1700 www.iklass.org

**TODOS LOS PADRES/DEBEN COMPLETAR
NUESTRA ENCUESTA DE COVID-19 UNA VEZ AL MES Y ENVIARLO POR
CORREO ELECTRÓNICO.**

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE:_____

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE:_____

Q1: ¿Su hijo/a tiene actualmente una temperatura de 100.4?

SI NO

Q2: En las últimas 24 horas, su hijo ha experimentado lo siguiente:

- fiebre
- fatiga
- tos seca frecuente
- achaques y dolor
- dolor de garganta
 - diarrea
- dolor de cabeza
- dificultad para respirar
- perdido/a de olor y sabor

**Q3: ¿Ha estado su hijo/a en contacto recientemente con alguien que
haya presentado algunos de estos síntomas?**

SI NO

**Q4: ¿Su hijo ha estado recientemente en contacto con alguien que haya
dado positivo por COVID-19?**

SI NO

**Q5: ¿Su hijo/a ha viajado fuera del estado de Nueva York en los últimos
14 días?**

SI NO

Firma del Padre:_____ Fecha:_____