



Parent/Student Screening

NativityMiguel School of Scranton places the highest priority on the safety of its employees, students, and families. We are monitoring the development of COVID-19. In the interest of ensuring a safe and healthy school environment, **we require that you monitor your health status by carefully completing this self-assessment each day BEFORE you come to the school.**

Name: _____

1. Do one or more of the following common COVID-19 symptoms below currently apply to you?

- Fever (>100.4 F) or chills
- Cough
- Shortness of breath or difficulty breathing
- Fatigue
- Muscle or body aches
- Headache
- New loss of taste or smell
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Nausea or vomiting
- Diarrhea

Yes No

2. Are you/is the student taking any medication to treat or reduce a fever such as Ibuprofen (i.e. Advil, Motrin) or Acetaminophen (Tylenol)?

Yes No

3. Have you been in close contact with a person who has tested positive for COVID-19 or has COVID-19 related symptoms in the last 14 days? (This may include a family member, friend, or other relative)

Yes No

4. Have you been tested for COVID-19 in the last 14 days?

Yes No

5. Have you travelled outside the state of Pennsylvania in the last 14 days?

Yes, please list where: _____ No

If the answers to any of these questions is YES, YOU MUST CONTACT THE SCHOOL before sending your child to school at 570-955-5176

Detección de padres y estudiante

NativityMiguel School pone la máxima prioridad a la seguridad de sus empleados, estudiantes y familias. Estamos monitoreando el desarrollo de COVID-19. Para poder garantizar un regreso escolar seguro y saludable, **nos requerimos que observe su estado de salud completando cuidadosamente esta autoevaluación cada día ANTES de venir a la escuela.**

Nombre: _____

1. **¿Se aplica actualmente a usted uno o más de los siguientes síntomas comunes de COVID-19 a continuación?**

- Fiebre (> 100.4 F) o escalofríos
- Tos
- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolores musculares o corporales.
- Dolor de cabeza
- Nueva pérdida de sabor u olor.
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal.
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

Sí No

2. **¿Está usted / el estudiante tomando algún medicamento para tratar o reducir la fiebre, como ibuprofeno (es decir, Advil, Motrin) o acetaminofén (Tylenol)?**

Sí No

3. **¿Has estado en contacto cercano con una persona que ha dado positivo por COVID-19 o tiene síntomas relacionados con COVID-19 en los últimos 14 días? (Esto puede incluir un familiar, amigo u otro pariente)**

Sí No

4. **¿Le han hecho la prueba COVID-19 en los últimos 14 días?**

Sí No

5. **¿Ha viajado fuera del estado de Pennsylvania en los últimos 14 días?**

Sí No

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SÍ, DEBE COMUNICARSE CON LA ESCUELA antes de enviar a su hijo a la escuela al 570-955-5176