# TOWNSHIP OF OCEAN SCHOOL DISTRICT

## COVID-19 Daily Screening for Students

**Section 1: Symptoms**

**If TWO OR MORE of the fields in Column A are checked off or AT LEAST ONE field in Column B is checked off**, please keep your child home and notify the school for further instructions.

Any of the symptoms below could indicate a COVID-19 infection in children and may put your child at risk for spreading illness to others. Please note that this list does not include all possible symptoms and children with COVID-19 may experience any, all, or none of these symptoms. Please check your child daily for these symptoms:

**Column A**

- ☐ Fever < 100.4
- ☐ Chills
- ☐ Rigors (shivers)
- ☐ Myalgia (muscle aches)
- ☐ Headache
- ☐ Sore Throat
- ☐ Nausea or Vomiting
- ☐ Diarrhea
- ☐ Fatigue
- ☐ Congestion or runny nose

**Column B**

- ☐ Fever > or = 100.4
- ☐ Cough
- ☐ Shortness of Breath
- ☐ Difficulty Breathing
- ☐ New Loss of smell
- ☐ New Loss of taste

**Section 2: Close contact/Potential Exposure**

Please verify if:

- ☐ Your child has had close contact (within 6 feet of an infected person for at least 10 minutes) with a person with confirmed COVID-19
- ☐ Someone in your household is diagnosed with COVID-19
- ☐ Your child has traveled to an area of high community transmission

If **ANY of the fields in Section 2 are checked off**, your child should remain home for 14 days from the last date of exposure (if child is in close contact with a confirmed COVID-19 case) or date of return to New Jersey.

Contact your child's health care provider or your local health department for further guidance.

PUEBLO DEL DISTRITO ESCOLAR DE OCEAN

# Examen diario de COVID-19 para estudiantes

**Sección 1: Síntomas**

Si DOS O MÁS de los campos en la Columna A están marcados o AL MENOS UN campo en la Columna B está marcado, por favor mantenga a su hijo en casa y notifique a la escuela para más instrucciones.

Cualquiera de los síntomas a continuación podría indicar una infección por COVID-19 en los niños y puede poner a su hijo en riesgo de transmitir la enfermedad a otras personas. Tenga en cuenta que esta lista no incluye todos los síntomas posibles y que los niños con COVID-19 pueden experimentar alguno, todos o ninguno de estos síntomas. Por favor, revise a su hijo todos los días para detectar estos síntomas:

| Columna A | Columna B |
|---|---|
| ☐ Fiebre <100,4 | ☐ Fiebre > o = 100,4 |
| ☐ Resfriado | ☐ Tos |
| ☐ Rigors (escalofríos) | ☐ Dificultad para respirar |
| ☐ Mialgia (Dolores musculares) | ☐ Respiración dificultosa |
| ☐ Dolor de cabeza | ☐ Nueva pérdida del olfato |
| ☐ Dolor de garganta | ☐ Nueva pérdida del gusto |
| ☐ Náuseas o vómitos | |
| ☐ Diarrea | |
| ☐ Fatiga | |
| ☐ Congestión o secreción nasal. | |

**Sección 2: Contacto cercano / Exposición potencial**

Verifique si:

- ☐ Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 10 minutos) con una persona con COVID-19 confirmado
- ☐ alguien en su hogar se le giagnostica COVID-19
- ☐ Su hijo ha viajado a un álrea de alta transmisión comunitaria.

Si CUALQUIERA de los campos de la Sección 2 está marcado, su hijo debe permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición (si el niño está en contacto cercano con un caso confirmado de COVID-19) o la fecha de regreso a Nueva Jersey.

Comuníquese con el proveedor de atención médica de su hijo o con el departamento de salud local para obtener más orientación.