



## Formulario de examen de salud del niño o la niña sobre la COVID-19

(Revisado 8/13/20)

**Programa:**

**Persona que completa el formulario:**

**Fecha:**

Examine a cada niño/a para verificar si tiene síntomas de la COVID-19 antes de su ingreso al centro de cuidados. Pregunte sobre cualquier síntoma que haya tenido desde la última vez que estuvo en el centro de cuidados. Escriba una respuesta (s= sí, n=no) para cada síntoma de cada niño/a. Si el niño o la niña informa sobre cualquier síntoma nuevo o cambio en los síntomas habituales, **envíelo/a a su casa Y:**

1. Documente todos los síntomas de la enfermedad en su registro de enfermedades.
2. Pida que consulte a un proveedor de atención médica sobre la prueba de COVID-19 y los próximos pasos a seguir para el tratamiento.
3. Cumpla las directrices del CDPHE sobre la exclusión y el regreso al trabajo <https://covid19.colorado.gov/cases-and-outbreaks-child-care-schools>

Comuníquese con Salud Pública del condado de Boulder (BCPH) por [HealthECECOVID@bouldercounty.org](mailto:HealthECECOVID@bouldercounty.org) si necesita orientación adicional.

Nombre del niño o la niña:	Fiebre de 100.4°F o superior		Tos reciente o empeoramiento de la tos		Disnea o dificultad para respirar		Escalofríos		Dolores musculares		Dolor de garganta		Pérdida reciente del gusto o el olfato		¿Miembro del hogar o contacto cercano con COVID-19 en las últimas 2 semanas?		Otros síntomas*
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	

\*Los síntomas de la COVID incluyen: fiebre o escalofríos, tos, disnea, dificultad para respirar, cansancio, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida reciente del gusto o el olfato, dolor de garganta, resfrío o goteo nasal, náuseas o vómitos, y diarrea