



## District 54 COVID-19 | Student and Staff Self-Screener Checklist Form

STUDENT/STAFF NAME: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

All District 54 parents/guardians must complete the screening questions listed below each morning prior to their child getting on a bus or reporting to school. All employees must complete as well. An email with a link to the screener will be sent to the priority email at 5:30 a.m. each day the student or employee is scheduled to attend school in person. Individuals without access to email, may complete this form. People with COVID-19 have had a wide range of reported symptoms, ranging from mild symptoms to severe illness. Symptoms may appear **2-14 days after exposure to the virus.**

**Has the student or employee experienced ANY of the symptoms of COVID-19 below in the past 24 hours? Check all that apply.**

- 1. Fever: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(Temperature greater than 100.4 degrees Fahrenheit/38 degrees Celsius)
- 2. New Cough: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 3. Shortness of Breath: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 4. Muscle or Body Aches: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 5. Sore Throat: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 6. New Loss of Taste or Smell: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 7. Vomiting: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 8. Diarrhea: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 9. Fatigue from Unknown Cause: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 10. New Onset of Moderate to Severe Headache: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 11. New Congestion/Runny Nose: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 12. Abdominal Pain from Unknown Cause: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 13. Nausea: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Outside of the school environment in the last 14 days, has the student or staff member had close contact with or cared for someone diagnosed with COVID-19 or that had any of the symptoms of COVID-19 listed above? Close Contact with a case is defined as living in the same house as a case, being an intimate partner of a case, being a caregiver of a case, or being within 6 feet of a case for longer than 15 minutes with or without a mask.

[www.dph.illinois.gov/covid19/community-guidance/home-quarantine-guidance](http://www.dph.illinois.gov/covid19/community-guidance/home-quarantine-guidance)

YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Are you currently awaiting COVID-19 test results?

YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**If the answer is YES to any question, DO NOT come to school and call the school office.**



# District 54 COVID-19 | Formulario de Detección y Auto-evaluación para Empleados y Estudiantes

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Todos los padres /guardianes del Distrito 54 deben completar las preguntas de detección que se enumeran a continuación. Esto debe ocurrir cada mañana antes de que su hijo se suba al autobús o se presente a la escuela. Todo el personal del distrito también debe completar este formulario. Enviaremos al estudiante o al empleado a las 5:30 a.m., un correo electrónico con un enlace para la autoevaluación todos los días que el estudiante o el empleado tenga programado asistir a la escuela en persona. Las personas sin acceso al correo electrónico pueden completar este formulario. Las personas con COVID-19 han tenido una amplia gama de síntomas informados, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de **2 a 14 días después de la exposición al virus.**

**¿El estudiante o miembro del personal ha experimentado ALGUNO de los síntomas de COVID-19 que se indican a continuación en las últimas 24 horas? Marque todo lo que corresponda.**

- 1. Fiebre (Temperatura superior a 100.4 grados F/38 grados C): SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 2. Tos nueva o reciente: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 3. Dificultad respiratoria: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 4. Dolor muscular o del cuerpo: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 5. Dolor de garganta: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 6. Nueva pérdida del gusto o el olfato: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 7. Vómitos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 8. Diarrea: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 9. Fatiga por causa desconocida: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 10. Nueva aparición de dolor de cabeza en rango moderado a intenso: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 11. Nueva congestión / secreción nasal: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 12. Dolor abdominal de causa desconocida: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 13. Nausea: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fuera del entorno escolar en los últimos 14 días, ¿el estudiante o miembro del personal ha tenido contacto cercano o ha cuidado a alguien diagnosticado con COVID-19 o que tenía alguno de los síntomas de COVID-19 mencionados anteriormente? El contacto cercano con un caso se define como vivir en la misma casa que un caso, ser un compañero íntimo de un caso, ser el cuidador de un caso o estar a 6 pies de un caso durante más de 15 minutos con o sin mascarilla. [www.dph.illinois.gov/covid19/community-guidance/home-quarantine-guidance](http://www.dph.illinois.gov/covid19/community-guidance/home-quarantine-guidance)

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Está usted esperando los resultados la prueba de Covid-19?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es SÍ a alguna pregunta, NO venga a la escuela y llame a la oficina de la escuela.**