



## Daily Health Check

## Revision de síntomas diaria

1 - Symptoms	Does student have any of the following symptoms	Síntomas	Si	No
	Fever	fiebre	YES	NO
Chills	resfriado	YES	NO	
Cough or worsening of chronic cough	tos	YES	NO	
Shortness of breath	Dificultad para respirar	YES	NO	
Sore throat	Dolor de garganta	YES	NO	
Runny nose/stuffy nose	congestión nasal	YES	NO	
Loss of sense of smell or taste	pérdida del sentido del olfato o el gusto	YES	NO	
Headache	Dolor de cabeza	YES	NO	
Fatigue	fatiga	YES	NO	
Diarrhea	diarrea	YES	NO	
Loss of appetite	pérdida de apetito	YES	NO	
Nausea and vomiting	nauseas y vómitos	YES	NO	
Muscle aches	Dolores muscular	YES	NO	
Conjunctivitis (pink eye)	conjunctivitis	YES	NO	
Dizziness, confusion	mareos, confusión	YES	NO	
Abdominal pain	Dolor abdominal	YES	NO	
Skin rashes or discoloration of fingers or toes	Erupciones en la piel, decoloración de los dedos de manos o pies	YES	NO	
2 – International Travel	Have you or anyone in your household returned from travel outside of Canada in the last 14 days	¿Usted o alguien o alguien de su hogar a viajada fuera de Canadá en los últimos 14 días?	YES	NO
3 – Confirmed Contact	Are you or is anyone in your household a confirmed contact of a person confirmed to have COVID-19	¿Usted o algún miembro de su hogar a tenido un diagnostico positivo de COVID-19?	YES	NO

Check BCCDC's Symptoms of COVID-19 regularly to ensure the list is up to date.

Consulte los síntomas de COVID-19 de BCCDC con regularidad para asegurarse de que la lista esté actualizada.

If you answered "YES" to any of the questions and the symptoms are not related to a pre-existing condition (e.g. allergies), you're the student should NOT come to school.

Si se respondió "SÍ" a alguna de las preguntas y los síntomas no están relacionados con una condición preexistente (por ejemplo, alergias) El estudiante NO debe asistir a la escuela.

If they are experiencing any symptoms of illness, contact a health care provider for further assessment. This includes 8-1-1, or a primary care provider like a physician or nurse practitioner.

Si usted experimenta algún síntoma de enfermedad, comuníquese con un médico para una evaluación adicional. Esto incluye 8-1-1, o un proveedor de atención primaria como un médico o enfermero practicante.

If you answered "YES" to questions 2 or 3, use the COVID-19 Self-Assessment Tool to determine if you should be tested for COVID-19.

Si respondió "SÍ" a las preguntas 2 o 3, use la herramienta de autoevaluación de COVID-19 para determinar si debe hacerse la prueba de COVID-19.