

# Little Ferry Public Schools

130 Liberty Street – Little Ferry, NJ 07643 (201) 641-6192 – FAX (201) 641-6604

## Home of Memorial School A “Governor’s School of Excellence”

Mr. Frank R. Scarafille  
Superintendent of Schools

Tina Trueba  
Business Admin./Bd. Sect’y

### COVID-19 Daily Screening for Students



Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Parents/Guardians: Please complete this short checklist each morning and report your child’s information per your school’s reporting instructions.**

#### **Section 1: Symptoms**

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:

<input type="checkbox"/>	Fever (measured or subjective)
<input type="checkbox"/>	Chills
<input type="checkbox"/>	Rigors (shivers)
<input type="checkbox"/>	Myalgia (muscle aches)
<input type="checkbox"/>	Headache
<input type="checkbox"/>	Sore throat
<input type="checkbox"/>	Nausea or vomiting
<input type="checkbox"/>	Diarrhea

<input type="checkbox"/>	Fatigue
<input type="checkbox"/>	Congestion or runny nose
<input type="checkbox"/>	Cough
<input type="checkbox"/>	Shortness of Breath
<input type="checkbox"/>	Difficulty Breathing
<input type="checkbox"/>	New loss of smell
<input type="checkbox"/>	New loss of taste

Students who are sick should **not** attend school in-person. If ANY OF the fields **are checked off**, please keep your child home and notify the school nurse for further instructions.

**Section 2: Close Contact/Potential Exposure** – if you check any of the fields below you **cannot** enter the building.

Please verify if in the last 14 days:

<input type="checkbox"/>	Your child has had close contact (within 6 feet of an infected person for 15 minutes or more) with a person with COVID-19.
<input type="checkbox"/>	Someone in your household is diagnosed with or is being tested for COVID-19.
<input type="checkbox"/>	Your child has <u>traveled from any of U.S. state or territory</u> outside of (New York, Pennsylvania, Connecticut, Delaware) and is not otherwise exempt from quarantine under the link ( <a href="https://covid19.nj.gov/faqs/nj-information/travel-and-transportation/are-there-travel-restrictions-to-or-from-new-jersey">https://covid19.nj.gov/faqs/nj-information/travel-and-transportation/are-there-travel-restrictions-to-or-from-new-jersey</a> )

If **ANY of the fields in Section 2 are checked off**, your child should remain home and you should contact you school nurse for exclusion recommendations and to establish a re-entry date to school. Contact your child’s healthcare provider or your local health department for further guidance.

# Little Ferry Public Schools

130 Liberty Street – Little Ferry, NJ 07643 (201) 641-6192 – FAX (201) 641-6604

## Home of Memorial School A “Governor’s School of Excellence”

Mr. Frank R. Scarafie  
Superintendent of Schools

Tina Trueba  
Business Admin./Bd. Sect’y



### Evaluación Diaria de COVID-19 para Estudiantes

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Padres / tutores: Por favor complete esta breve lista de verificación cada mañana acerca del estado de salud de su hijo/a e infórmele a su escuela según las instrucciones que su escuela le ha proporcionado.**

#### **Sección 1: Síntomas**

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

<input type="checkbox"/>	Fiebre
<input type="checkbox"/>	Escalofríos o Rigores
<input type="checkbox"/>	Dolor de cuerpo o musculares
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta
<input type="checkbox"/>	Náuseas o vómitos
<input type="checkbox"/>	Diarrea

<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	Secreción nasal o congestión
<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/>	Pérdida del sentido del olfato
<input type="checkbox"/>	Pérdida del sentido del gusto

Los estudiantes que estén enfermos **no** deben asistir a la escuela en persona. Si **CUALQUIERA de los campos están marcados**, mantenga a su hijo en casa y notifique a la enfermera de la escuela para obtener más instrucciones.

**Sección 2: Contacto cercano / Exposición potencial:** Si marca cualquiera de los campos a continuación, su hijo/a no puede ingresar al edificio.

Verifique si en los últimos 14 días:

<input type="checkbox"/>	Su hijo ha tenido contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante 15 minutos o más) con una persona con COVID-19.
<input type="checkbox"/>	A alguien en su hogar se le diagnostica o se le está haciendo la prueba de COVID-19.
<input type="checkbox"/>	Su hijo ha <b>viajado desde cualquier estado o territorio estadounidense</b> más allá de la región más próxima (Nueva York, Pensilvania, Connecticut y Delaware) y no está exento de cuarentena de acuerdo a ( <a href="https://covid19.nj.gov/faqs/nj-information/travel-and-transportation/are-there-travel-restrictions-to-or-from-new-jersey">https://covid19.nj.gov/faqs/nj-information/travel-and-transportation/are-there-travel-restrictions-to-or-from-new-jersey</a> )

Si **CUALQUIERA de los campos en la Sección 2 está marcado**, su hijo debe permanecer en casa y usted debe comunicarse con la enfermera de la escuela para obtener recomendaciones de exclusión y establecer una fecha de reingreso a la escuela. Comuníquese con el proveedor de atención médica de su hijo o con el departamento de salud local para obtener más orientación.