



**QUINCY SCHOOL DISTRICT**  
**DISTRITO ESCOLAR DE QUINCY**

119 J St SW  
 Quincy, WA 98848  
 787.4571 | qsd.wednet.edu

**IMPORTANT - PLEASE COMPLETE THIS FORM DAILY AND SEND TO SCHOOL WITH YOUR CHILD**

Student Name: \_\_\_\_\_

School Attending: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Student Temperature Today: \_\_\_\_\_

\*IF the answer is YES to any of the questions below, or there are other illness symptoms not listed here,

\*STUDENT SHOULD NOT COME TO SCHOOL – CHECK WITH SCHOOL OFFICE FOR REQUIRED PROTOCOL

Does your child have any of the following symptoms today:  
 Fever of 100.4 or higher or has taken medication to reduce  
 a fever in the past 24 hours, chills, cough, shortness of  
 breath/difficulty breathing, new loss of taste or smell,  
 fatigue, muscle or body aches, headache, sore throat,  
 congestion or runny nose, nausea or vomiting, or diarrhea?

Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Has your child been in close contact with anyone  
 with confirmed COVID-19; had a positive COVID-  
 19 test for active virus in the past 10 days; or  
 within the past 14 days, has a public health or  
 medical professional told your child to self-  
 monitor, self-isolate, or self-quarantine because  
 of concerns about COVID-19 infections?

Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE - POR FAVOR DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO DIARIAMENTE Y ENVÍELO A LA ESCUELA  
 CON SU HIJO/A**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Temperatura del estudiante hoy: \_\_\_\_\_

\*SI la respuesta es SI a cualquiera de las preguntas a continuación, o hay otros síntomas de enfermedad que no se  
 enumeran aquí,

\*EL ESTUDIANTE NO DEBE ASISTIR A LA ESCUELA – CONSULTE CON LA OFICINA DE LA ESCUELA PARA EL PROTOCOLO  
 REQUERIDO

¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes síntomas hoy en  
 día: Fiebre de 100.4 o más o ha tomado medicamentos  
 para reducir la fiebre en las últimas 24 horas, escalofríos,  
 tos, falta de aire al respirar/ dificultad para respirar, nueva  
 pérdida de sabor u olor, fatiga, dolores musculares o  
 corporales, dolor de cabeza, dolor de garganta, congestión  
 o goteo nasal, náuseas o vómitos, o diarrea?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Su hijo/a ha estado en contacto con alguna  
 persona confirmada con COVID-19; tuvo una  
 prueba de COVID-19 positiva para el virus activo en  
 los últimos 10 días; o en los últimos 14 días, ¿Le ha  
 dicho un profesional médico o de salud pública a su  
 hijo/a que tiene que auto monitorizarse, se aislé o  
 este en cuarentena debido a las preocupaciones  
 sobre las infecciones de COVID-19?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_