

# Evaluación previa del estudiante

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ (Debe ser la fecha en que el estudiante tiene programado llegar a las instalaciones de Katy ISD).

**Padres:** A continuación, hay una guía para que determine si su hijo(a) tiene o no acceso a alguna instalación de Katy ISD.

Este formulario se enviará a Katy ISD de acuerdo con el área del programa que se solicita.

**¿Su hijo(a) (o alguien en casa) ha tenido contacto cercano con una persona que haya sido diagnosticada por un laboratorio con COVID-19 en los últimos 14 días?**

- Sí  
 No

Si respondió "sí" a la pregunta anterior, no lleve al estudiante a ninguna instalación de Katy ISD.

**¿Su hijo(a) (o alguien en casa) tuvo alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días?**

**SÍ NO**

- Fiebre o sensación de fiebre, temperatura mayor o igual a los 100.0 grados F.  
  Escalofríos, sudoración  
  Falta de aliento o dificultad para respirar  
  Diarrea  
  Vómito

Si respondió "sí" a cualquiera de los síntomas anteriores, no lleve al estudiante a ninguna instalación de Katy ISD. Se recomienda que se comunique con su médico para obtener mayor información.

**¿Su hijo(a) (o alguien en casa) tuvo alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días?**

**SÍ NO**

- Tos persistente  
  Ardor de garganta  
  Dolor de cabeza  
  Dolor muscular  
  Pérdida del gusto u olfato.

Si respondió "sí" a 2 de los síntomas anteriores, no lleve al estudiante a ninguna instalación de Katy ISD. Se recomienda que se comunique con su médico para obtener mayor información.

**El estudiante puede regresar a una instalación de Katy ISD:**

- al proporcionar documentación médica de un diagnóstico alternativo, O
- al estar libre de síntomas de acuerdo con las pautas de Katy ISD.

Si tiene preguntas favor de contactar a \_\_\_\_\_.