



Oficina de John G. Mendiburu, Ed.D.  
 Superintendencia de Escuelas del Condado de Kern  
*Abogando por los Niños*

**Camp KEEP: Examen de Salud Previo al Viaje**

Se requiere este formulario de evaluación de salud para asistir al Campamento KEEP. Debe completarse dentro de las 24 horas posteriores a la salida del campamento y entregarse al maestro de su hijo/a la mañana de la salida. Gracias por su ayuda para mantener un ambiente saludable en Camp KEEP.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

En los Últimos 7 Días:	RESPUESTA	
¿Su hijo (o usted como participante adulto) vive, tuvo contacto o mostró estos síntomas:	Tenga en cuenta si algún síntoma se debe a una condición de salud conocida (asma, alergias, etc.)	
Tos Prolongada	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Temperatura superior a 100.4	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Fiebre o Escalofríos	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Síntomas similares a la gripe	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Un Diagnóstico o Exposición a cas conocido de COVID-19	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Resfrió	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Sarpullido	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Fatiga	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Dolor en el cuerpo	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Vomito	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Perdida reciente del gusto o el olfato	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Congestión	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO
Nariz que moquea	<input type="checkbox"/> SÍ _____	<input type="checkbox"/> NO

Entiendo que llegar al Campamento KEEP saludable es vital para una semana exitosa para todos. Mi firma indica que completé este examen de salud lo mejor que pude.

Nombre del Padre y Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_