

**CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
HOME HEALTH SCREENING**

By signing below, I certify that my child does not have any of these symptoms:

- ◆ Chills
- ◆ Fever 100° or higher
- ◆ Shortness of breath/difficulty breathing
- ◆ Cough
- ◆ Muscle or body aches
- ◆ Fatigue
- ◆ New loss of taste or smell
- ◆ Headache
- ◆ Sore Throat
- ◆ Congestion or runny nose
- ◆ Diarrhea
- ◆ Nausea or vomiting

I also certify that my child has not been in close contact with an individual who tested positive for the COVID-19 virus in the last 10 days.

I give permission for school personnel to take my child's temperature.

Date: _____

Student Name: _____

Guardian's Signature _____

**CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
HOME HEALTH SCREENING**

By signing below, I certify that my child does not have any of these symptoms:

- ◆ Chills
- ◆ Fever 100° or higher
- ◆ Shortness of breath/difficulty breathing
- ◆ Cough
- ◆ Muscle or body aches
- ◆ Fatigue
- ◆ New loss of taste or smell
- ◆ Headache
- ◆ Sore Throat
- ◆ Congestion or runny nose
- ◆ Diarrhea
- ◆ Nausea or vomiting

I also certify that my child has not been in close contact with an individual who tested positive for the COVID-19 virus in the last 10 days.

I give permission for school personnel to take my child's temperature.

Date: _____

Student Name: _____

Guardian's Signature _____

**CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
HOME HEALTH SCREENING**

By signing below, I certify that my child does not have any of these symptoms:

- ◆ Chills
- ◆ Fever 100° or higher
- ◆ Shortness of breath/difficulty breathing
- ◆ Cough
- ◆ Muscle or body aches
- ◆ Fatigue
- ◆ New loss of taste or smell
- ◆ Headache
- ◆ Sore Throat
- ◆ Congestion or runny nose
- ◆ Diarrhea
- ◆ Nausea or vomiting

I also certify that my child has not been in close contact with an individual who tested positive for the COVID-19 virus in the last 10 days.

I give permission for school personnel to take my child's temperature.

Date: _____

Student Name: _____

Guardian's Signature _____

**CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
HOME HEALTH SCREENING**

By signing below, I certify that my child does not have any of these symptoms:

- ◆ Chills
- ◆ Fever 100° or higher
- ◆ Shortness of breath/difficulty breathing
- ◆ Cough
- ◆ Muscle or body aches
- ◆ Fatigue
- ◆ New loss of taste or smell
- ◆ Headache
- ◆ Sore Throat
- ◆ Congestion or runny nose
- ◆ Diarrhea
- ◆ Nausea or vomiting

I also certify that my child has not been in close contact with an individual who tested positive for the COVID-19 virus in the last 10 days.

I give permission for school personnel to take my child's temperature.

Date: _____

Student Name: _____

Guardian's Signature _____

**CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
HOME HEALTH SCREENING**

By signing below, I certify that my child does not have any of these symptoms:

- ◆ Chills
- ◆ Fever 100° or higher
- ◆ Shortness of breath/difficulty breathing
- ◆ Cough
- ◆ Muscle or body aches
- ◆ Fatigue
- ◆ New loss of taste or smell
- ◆ Headache
- ◆ Sore Throat
- ◆ Congestion or runny nose
- ◆ Diarrhea
- ◆ Nausea or vomiting

I also certify that my child has not been in close contact with an individual who tested positive for the COVID-19 virus in the last 10 days.

I give permission for school personnel to take my child's temperature.

Date: _____

Student Name: _____

Guardian's Signature _____

**CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
HOME HEALTH SCREENING**

By signing below, I certify that my child does not have any of these symptoms:

- ◆ Chills
- ◆ Fever 100° or higher
- ◆ Shortness of breath/difficulty breathing
- ◆ Cough
- ◆ Muscle or body aches
- ◆ Fatigue
- ◆ New loss of taste or smell
- ◆ Headache
- ◆ Sore Throat
- ◆ Congestion or runny nose
- ◆ Diarrhea
- ◆ Nausea or vomiting

I also certify that my child has not been in close contact with an individual who tested positive for the COVID-19 virus in the last 10 days.

I give permission for school personnel to take my child's temperature.

Date: _____

Student Name: _____

Guardian's Signature _____

**DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS
DE CHULA VISTA
EXAMEN DE SALUD EN EL HOGAR**

Al firmar a continuación, certifico que mi hijo no tiene ninguno de estos síntomas:

- ◆ Escalofríos ◆ Fiebre de 100° o más
- ◆ Tos ◆ Falta de aire/dificultad para respirar
- ◆ Fatiga ◆ Dolor de muscular o corporal
- ◆ Dolor de cabeza ◆ Pérdida reciente de gusto u olfato
- ◆ Dolor de garganta ◆ Congestión o secreción nasal
- ◆ Diarrea ◆ Nausea o vómito

También certifico que mi hijo no ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo para el virus COVID-19 en los últimos 10 días.

Autorizo para que el personal de la escuela tome la temperatura de mi hijo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

**DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS
DE CHULA VISTA
EXAMEN DE SALUD EN EL HOGAR**

Al firmar a continuación, certifico que mi hijo no tiene ninguno de estos síntomas:

- ◆ Escalofríos ◆ Fiebre de 100° o más
- ◆ Tos ◆ Falta de aire/dificultad para respirar
- ◆ Fatiga ◆ Dolor de muscular o corporal
- ◆ Dolor de cabeza ◆ Pérdida reciente de gusto u olfato
- ◆ Dolor de garganta ◆ Congestión o secreción nasal
- ◆ Diarrea ◆ Nausea o vómito

También certifico que mi hijo no ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo para el virus COVID-19 en los últimos 10 días.

Autorizo para que el personal de la escuela tome la temperatura de mi hijo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

**DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS
DE CHULA VISTA
EXAMEN DE SALUD EN EL HOGAR**

Al firmar a continuación, certifico que mi hijo no tiene ninguno de estos síntomas:

- ◆ Escalofríos ◆ Fiebre de 100° o más
- ◆ Tos ◆ Falta de aire/dificultad para respirar
- ◆ Fatiga ◆ Dolor de muscular o corporal
- ◆ Dolor de cabeza ◆ Pérdida reciente de gusto u olfato
- ◆ Dolor de garganta ◆ Congestión o secreción nasal
- ◆ Diarrea ◆ Nausea o vómito

También certifico que mi hijo no ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo para el virus COVID-19 en los últimos 10 días.

Autorizo para que el personal de la escuela tome la temperatura de mi hijo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

**DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS
DE CHULA VISTA
EXAMEN DE SALUD EN EL HOGAR**

Al firmar a continuación, certifico que mi hijo no tiene ninguno de estos síntomas:

- ◆ Escalofríos ◆ Fiebre de 100° o más
- ◆ Tos ◆ Falta de aire/dificultad para respirar
- ◆ Fatiga ◆ Dolor de muscular o corporal
- ◆ Dolor de cabeza ◆ Pérdida reciente de gusto u olfato
- ◆ Dolor de garganta ◆ Congestión o secreción nasal
- ◆ Diarrea ◆ Nausea o vómito

También certifico que mi hijo no ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo para el virus COVID-19 en los últimos 10 días.

Autorizo para que el personal de la escuela tome la temperatura de mi hijo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

**DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS
DE CHULA VISTA
EXAMEN DE SALUD EN EL HOGAR**

Al firmar a continuación, certifico que mi hijo no tiene ninguno de estos síntomas:

- ◆ Escalofríos ◆ Fiebre de 100° o más
- ◆ Tos ◆ Falta de aire/dificultad para respirar
- ◆ Fatiga ◆ Dolor de muscular o corporal
- ◆ Dolor de cabeza ◆ Pérdida reciente de gusto u olfato
- ◆ Dolor de garganta ◆ Congestión o secreción nasal
- ◆ Diarrea ◆ Nausea o vómito

También certifico que mi hijo no ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo para el virus COVID-19 en los últimos 10 días.

Autorizo para que el personal de la escuela tome la temperatura de mi hijo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

**DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS
DE CHULA VISTA
EXAMEN DE SALUD EN EL HOGAR**

Al firmar a continuación, certifico que mi hijo no tiene ninguno de estos síntomas:

- ◆ Escalofríos ◆ Fiebre de 100° o más
- ◆ Tos ◆ Falta de aire/dificultad para respirar
- ◆ Fatiga ◆ Dolor de muscular o corporal
- ◆ Dolor de cabeza ◆ Pérdida reciente de gusto u olfato
- ◆ Dolor de garganta ◆ Congestión o secreción nasal
- ◆ Diarrea ◆ Nausea o vómito

También certifico que mi hijo no ha estado en contacto cercano con una persona que dio positivo para el virus COVID-19 en los últimos 10 días.

Autorizo para que el personal de la escuela tome la temperatura de mi hijo.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre o Tutor: _____