



## Rosemead School District

### Daily Health Screening Questionnaire for Students 2021-2022

**Week of:** \_\_\_\_\_

Classroom #: \_\_\_\_\_

This form shall be completed by the parent/guardian everyday and sent to school with the student each morning.

Child's Name	Birthdate	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
		<b>Please mark the appropriate response to each question below: Yes/No</b>				
In the last 14 days, has anyone in your household had close contact with someone who has or is suspected to have Covid-19?		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
In the last 48 hours, have you/your child(ren) experienced any of the following symptoms? <input type="radio"/> Fever (Over 100.4F) <input type="radio"/> Headache <input type="radio"/> Cough <input type="radio"/> Sore Throat <input type="radio"/> Shortness of breath <input type="radio"/> Chills <input type="radio"/> Muscle aches <input type="radio"/> Loss of taste and smell <input type="radio"/> Gastrointestinal (nausea, vomiting, or diarrhea)		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> Yes
		<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No
Signature of parent/guardian completing this form each day of the week						



## Distrito Escolar de Rosemead

### Cuestionario Diario de Exámenes de Salud para Estudiantes 2021-2022

**Semana de:** \_\_\_\_\_

Aula #: \_\_\_\_\_

Este formulario será completado por el padre / tutor todos los días y enviado a la escuela con el estudiante cada mañana.

Nombre del niño	Nacimiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		<b>Por favor, marque la respuesta apropiada a cada pregunta a continuación: Sí/No</b>				
En los últimos 14 días, ¿alguien en su hogar ha tenido contacto cercano con alguien que tiene o se sospecha que tiene Covid-19?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
En las últimas 48 horas, ¿usted o su(s) hijo(s) han experimentado alguno de los siguientes síntomas? <input type="radio"/> Fiebre (Over 100.4F) <input type="radio"/> Dolor de cabeza <input type="radio"/> Tos <input type="radio"/> Dolor de garganta <input type="radio"/> Dificultad para respirar <input type="radio"/> Escalofríos <input type="radio"/> Dolores musculares <input type="radio"/> Pérdida del gusto y del olfato <input type="radio"/> Gastrointestinal (náuseas, vómitos o diarrea)		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
		<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No
Firma del padre/tutor Completar este formulario todos los días de la semana						



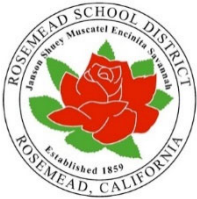
**Khu học chánh Rosemead**  
**Bảng Câu Hỏi Kiểm Tra Sức Khỏe Hàng Ngày Cho Học Sinh**  
**2021-2022**

**Tuần của:** \_\_\_\_\_

Phòng đọc #: \_\_\_\_\_

Mẫu đơn này sẽ được phụ huynh/ người giám hộ hoàn thành hàng ngày và gửi đến trường với học sinh mỗi sáng.

Tên của trẻ em	Ngày sinh	Thứ hai	Thứ ba	Thứ tư	Thứ năm	Thứ sáu
		<b>Vui lòng đánh dấu câu trả lời thích hợp cho từng câu hỏi dưới đây: Có/Không</b>				
Trong 14 ngày qua, có ai trong gia đình bạn có tiếp xúc gần với người có hoặc nghi ngờ mắc Covid-19 không?		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
Trong 48 giờ qua, bạn /con bạn (ren) đã trải qua bất kỳ triệu chứng nào sau đây chưa?		<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Có
<input type="radio"/> Sốt (Over 100.4F) <input type="radio"/> Đau đầu <input type="radio"/> Ho <input type="radio"/> Đau họng <input type="radio"/> Khó thở <input type="radio"/> Ổn lạnh <input type="radio"/> Đau nhức cơ bắp <input type="radio"/> Mất vị giác và khứu giác <input type="radio"/> Đường tiêu hóa (buồn nôn, nôn hoặc tiêu chảy)		<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Không
Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ Hoàn thành mẫu này mỗi ngày trong tuần						



**羅斯米德學區**  
**學生每日健康檢查問卷**  
**2021-2022**

**一周:** \_\_\_\_\_

課堂#: \_\_\_\_\_

此表格應由家長/監護人每天填寫，並每天上午與學生一起送到學校。

兒童姓名	生日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
		<b>請對以下每個問題做出適當的回答: 是/否</b>				
在過去的14天里，你家裡是否有人與有或懷疑有Covid-19的人有過密切接觸?		<input type="radio"/> 是的 <input type="radio"/> 不	<input type="radio"/> 是的 <input type="radio"/> 不	<input type="radio"/> 是的 <input type="radio"/> 不	<input type="radio"/> 是的 <input type="radio"/> 不	<input type="radio"/> 是的 <input type="radio"/> 不
在過去48小時內，您/您的孩子（仁）是否經歷過以下癥狀?		<input type="radio"/> 是的	<input type="radio"/> 是的	<input type="radio"/> 是的	<input type="radio"/> 是的	<input type="radio"/> 是的
<input type="radio"/> 發燒 (Over 100.4F) <input type="radio"/> 頭痛 <input type="radio"/> 咳嗽 <input type="radio"/> 喉嚨痛 <input type="radio"/> 呼吸急促 <input type="radio"/> 冷感 <input type="radio"/> 肌肉疼痛 <input type="radio"/> 失去味覺和氣味 <input type="radio"/> 胃腸道（噁心、嘔吐或腹瀉）		<input type="radio"/> 不	<input type="radio"/> 不	<input type="radio"/> 不	<input type="radio"/> 不	<input type="radio"/> 不
父母/監護人的簽名 在一周中的每一天填寫此表格						

