

Semana de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Nombre del Adulto: \_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_

*Favor de poner sus iniciales al lado del día de la semana.	Temperatura	Si usted tiene o ha tenido alguno de estos síntomas hoy o anoche (marcar con X)									Excluido (X)	Comentarios	
		Fiebre o Escalofríos	Secreción nasal	Tos	Dolor en el cuerpo	Dolor de Cabeza	Ausencia reciente de olfato/gusto	Vómitos o diarreas	Dolor de garganta	Dificultad al respirar			
LUNES													
MARTES													
MIERCOLES													
JUEVES													
VIERNES													
Preguntas											Si	No	Comentarios
1. ¿En su casa o núcleo familiar, hay alguna persona que tenga o haya tenido alguno de los síntomas antes mencionado?													
2. ¿Han recibido visitas durante las últimas dos semanas de personas que han viajado fuera de Puerto Rico? <b>*Nota:</b> Esta pregunta se hace una vez a la semana													
3. Algún familiar del adulto, que esté en contacto directo, trabaja en lugares como: hospital, policía, bomberos, militares, aeropuertos, emergencias médicas y ambulancias. <b>*Nota:</b> Esta pregunta se hace una vez a la semana													

**\*\*Nota:** De marcar **X** en algún **síntoma**, se orientará a los padres de que el niño no podrá recibir los servicios hasta que sea evaluado por su médico primario y certifique que puede asistir al centro.  
De contestar **Si** e n alguna de las **preguntas** anteriores, se orientara a la familia a mantener las medidas de prevención para COVID-19.