

Centro:

Fecha:

NOMBRE DEL NIÑO(A)	Temperatura	Su niño tiene o ha tenido alguno de estos síntomas hoy o anoche (marcar con X)									Excluido (X)	Comentarios
		Fiebre o escalofríos	Secreción nasal	Tos	Dolores en el cuerpo	Dolor de cabeza	Ausencia reciente de olfato/gusto	Vómitos/ Diarreas	Dolor de garganta	Dificultad al respirar		
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												

**Cernimiento para la entrada de niños al centro  
COVID-19  
Programas Early Head Start/ Head Start**

Nombre del niño(a): _____	Centro: _____
Nombre de tutor entrevistado _____	Teléfono: _____

<b>Preguntas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
1. <i>¿En su casa o núcleo familiar, hay alguna persona que tenga o haya tenido alguno de los síntomas antes mencionado?</i>			
2. <i>¿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</i>			
3. <i>Algún familiar del niño, que esté en contacto directo o trabaja en lugares como: hospitales policía, bomberos, militares, aeropuertos, emergencias médicas y ambulancias. <b>*Nota:</b> Esta pregunta se hace una vez a la semana</i>			

**\*\*Nota:** De marcar con una **X** en alguno de los **síntomas**, 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** en alguna de las **preguntas** anteriores, se orientara a la familia a mantener las medidas de prevención para COVID-19.



**Cernimiento para la entrada de niños al centro  
COVID-19  
Programas Early Head Start/ Head Start**

---

***Firma del Personal***

---

***Fecha***

