

Escuelas Públicas del Condado de Henderson  
Evaluación Pre-Participación de Estudiante-Aleta y Entrenador COVID-19

Nombre: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_

Deporte(s): \_\_\_\_\_

**Este formulario debe completarse y entregarse al entrenador atlético antes de participar en cualquier entrenamiento, práctica o competencias patrocinadas por la escuela.**

<b>Preguntas de Evaluación</b>			
P 1.	¿Usted o alguien de su familia dio positivo por Covid-19 o un profesional de la salud le dijo que se pusiera en cuarentena debido a Covid-19?	No	Si
P 2.	¿Ha estado en contacto con una persona con ovid-19?	No	Si
P 3.	¿Ha tenido fiebre de más de 100 en los últimos 7 días?	No	Si
P 4.	¿Tiene tos, dolor en el pecho o dificultad al respirar?	No	Si
P 5.	¿Tiene pérdida de sabor, olfato o apetito?	No	Si
P 6.	¿Tiene fatiga inexplicable?	No	Si
P 7.	¿Tiene nausea/vomito o diarrea?	No	Si
P 8.	¿Tiene dolor de cabeza o mareos?	No	Si
P 9.	¿Tiene sintomas de infeccion de oido?	No	Si
P 10.	¿Tiene algún síntoma de gripa? Por ejemplo escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares	No	Si
P 11.	¿Tiene congestión nasal que no tiene que ver con alergias de temporada?	No	Si
P 12.	¿Su corazón se acelera, se siente que salta latidos o se siente agitado?	No	Si
<p><b>Si el participante marco "Si" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor explique en detalle cuando comenzaron los síntomas y actualmente que es lo que está experimentando 2. (ejemplo QS. 6/2/20 dolores de cabeza diario )</b></p>			
<b>Historia Medica</b>			
<b>Por favor seleccione a continuación cualquier condición que aplica al participante.</b>			
Asma	Diabetes		Condición del Corazón Problemas de Riñones
Sistema Inmune Debilitado			Obesidad
<b>Por favor explique en detalle cualquier condición marcada arriba.</b>			

*Al firmar a continuación, acepto que he revisado y respondido cada una de las preguntas anteriores. Cada pregunta se respondió completamente y es correcta a mi conocimiento.*

Firma del padre/tutor o si mismo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Telefono#: \_\_\_\_\_

Firma del Aleta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_