



Fremont Unified School District Student COVID-19 Health Screening

Review this screener daily before your student arrives at an FUSD facility or event, or boards District-provided transportation.

- If you answer NO to all questions, proceed to campus.
- If you answer YES to any question, follow the steps indicated.

Do not print/submit this form to your student's school.

Symptom Check

In the last 10 days, has the student experienced any of the following [symptoms](#), **new or different** from what they usually have, or not explained by another reason?

- Fever (*temperature of 100°F / 37.8°C or higher*) or chills
- Shortness of breath or difficulty breathing
- Sore throat
- Cough
- New loss of taste or smell
- Nausea or vomiting
- Diarrhea
- Headache
- Congestion or runny nose
- Fatigue
- Muscle or body aches

NO

YES: Refer to [student flowchart](#) for next steps.

Positive Result/Diagnosis & Exposure Check

Within the last 10 days, has the student been diagnosed with/tested positive for COVID-19?

NO

Within the past 10 days, has the student had close contact with anyone diagnosed with COVID-19 or who had a test confirming they have the virus?

YES: Refer to [student flowchart](#) for next steps.



ESTUDIANTES

Distrito Escolar Unificado de Fremont

Examen de salud COVID-19 para estudiantes

Revise esta evaluación todos los días antes de que su estudiante llegue a una instalación o evento de FUSD, o aborde el transporte proporcionado por el Distrito.

- Si responde NO a todas las preguntas, proceda a entrar a la escuela.
- Si responde SÍ a alguna pregunta, siga los pasos indicados.

No imprima ni envíe este formulario a la escuela de su hijo(a).

Comprobación de síntomas

En los últimos 10 días, ¿ha tenido el estudiante alguno de estos **síntomas**, **nuevos o diferentes** de los que normalmente tiene, o que no se expliquen por otro motivo?

- Fiebre (*temperatura de 100°F / 37.8°C o más*) o escalofríos
- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Congestión o secreción nasal
- Nueva pérdida del gusto u olfato
- Dolor de cabeza
- Náuseas o vómitos
- Dolor de garganta
- Diarrea
- Fatiga
- Dolores musculares o corporales
- Tos

NO

Sí: Consulte el [diagrama de flujo](#) para conocer los siguientes pasos.

Resultado positivo/diagnóstico y comprobación de exposición

En los últimos 10 días, ¿se le diagnosticó al estudiante o se le realizó una prueba que confirme que tiene COVID-19?

NO

En los últimos 10 días, ¿el estudiante ha tenido contacto cercano con alguien diagnosticado con COVID-19 o que se haya hecho una prueba que confirme que tiene el virus?

Sí: Consulte el [diagrama de flujo](#) para conocer los siguientes pasos.



菲利蒙聯合學區

新冠病毒(COVID-19) 學生健康篩查

每天在您的學生到達 FUSD 設施或活動之前, 或登上學區提供的交通工具之前使用此篩查表。

- 如果您對所有問題都回答“否”, 請前往校園。
- 如果您對任何問題回答“是”, 請按照指示的步驟進行操作。

請勿將此表格打印/提交給您學生的學校。

症狀檢查

在过去10天里, 該學生是否有任何新或不同的任何以下**症狀**, 是與他們平常或不能解釋的其他原因出現?

- 發燒或發冷(發燒是指體溫達到100°F/37.8°C或更高)
- 咽喉痛
- 咳嗽
- 新的味覺或嗅覺喪失
- 頭痛
- 惡心或嘔吐
- 腹瀉
- 呼吸急促或呼吸困難
- 鼻塞或流鼻涕
- 疲勞
- 肌肉或身體疼痛

否

是: 有關後續步驟, 請參閱[學生流程圖](#)。

陽性結果/診斷和暴露檢查

在过去10天里, 該學生是否被診斷或者有測試確認患有新冠病毒陽性?

否

在過去 10 天內, 該學生是否與任何被診斷為新冠病毒陽性或接受過檢測確認他們感染了病毒的人有過密切接觸?

是: 有關後續步驟, 請參閱[學生流程圖](#)。