



Collinsville Community Unit School District 10

201 West Clay Street • Collinsville, IL 62234 • 618-346-6350 • fax 618-343-3673

COVID-19 Registration Certification Checklist

Date: _____ Time: _____ Print Name: _____

INSTRUCTIONS

- * In accordance with the Illinois Department of Public Health and Illinois State Board of Education requirements, students must be screened **each day** for COVID-19 symptoms and other criteria prior to entering a school building or entering a school bus.
- * Parents must screen their child **each day** prior to sending their child to school.
- * If your child does not meet all the following criteria, you must keep your child at home and notify the school of your child's absence. Your child will not be permitted to return to school until he/she meets all return-to school criteria or your child's physician has released your child to return to school, whichever is applicable. If your child is experiencing COVID-19 symptoms, you should consult your health care provider for a diagnosis and treatment. Your child will not be permitted to return to in-person instruction until you submit a statement from your child's physician confirming your child is permitted to return to school.
- * Note: If your child previously tested positive for COVID-19 in the last three months, and recovered, you do not need to answer the questions marked with a "♦". The three month period is calculated from the date of your child's first onset of symptoms or, if your child was asymptomatic, the date the testing specimen was collected. During any period of time your child is not attending school, you child will be enrolled in remote instruction.

By sending your child to school, you are certifying you have screened your child and he/she meets all the following criteria to attend school.

Question	Yes	No
Do you have a temperature over 100.0°F?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you taking fever-reducing medications, such as those containing aspirin, ibuprofen, or acetaminophen, to reduce fever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For unvaccinated individuals, have you had close contact or cared for someone with COVID-19 within the past 14 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you been directed to self-quarantine by a health care provider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you been directed to self-quarantine by the County or State Department of Public Health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has anyone within your household currently being evaluated for COVID-19 symptoms or waiting on the results of a COVID-19 test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you experiencing any of the following symptoms?		
• New Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fatigue from unknown cause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Muscle or body aches from unknown cause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• New onset of moderate to severe Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• New loss of taste or smell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sore Throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vomiting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you recently (within the past 10 days) tested positive for COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Collinsville Community Unit School District 10

201 West Clay Street • Collinsville, IL 62234 • 618-346-6350 • fax 618-343-3673

Lista de verificación de certificación de registro COVID-19

Fecha: _____ Hora: _____ Nombre impresoe: _____

INSTRUCCIONES

* De acuerdo con los requisitos del Departamento de Salud Pública de Illinois y la Junta de Educación del Estado de Illinois, los estudiantes deben ser evaluados todos los días para detectar síntomas de COVID-19 y otros criterios antes de ingresar a un edificio escolar o subir a un autobús escolar.

* Los padres deben evaluar a su hijo todos los días antes de enviarlo a la escuela.

* Si su hijo no cumple con todos los siguientes criterios, debe mantener a su hijo en casa y notificar a la escuela de la ausencia de su hijo. A su hijo no se le permitirá regresar a la escuela hasta que cumpla con todos los criterios de regreso a la escuela o el médico de su hijo haya dado de alta a su hijo para que regrese a la escuela, según corresponda. Si su hijo tiene síntomas de COVID-19, debe consultar a su proveedor de atención médica para obtener un diagnóstico y tratamiento. A su hijo no se le permitirá regresar a la instrucción en persona hasta que presente una declaración del médico de su hijo confirmando que se le permite regresar a la escuela.

* Nota: Si su hijo dio positivo a COVID-19 en los últimos tres meses y se recuperó, no es necesario que responda las preguntas marcadas con una “♦”. El período de tres meses se calcula a partir de la fecha de la primera aparición de los síntomas de su hijo o, si su hijo estaba asintomático, la fecha en que se tomó la muestra de prueba.

Durante cualquier período de tiempo que su hijo no asista a la escuela, su hijo será inscrito en instrucción remota.

Al enviar a su hijo a la escuela, está certificando que ha examinado a su hijo y que cumple con todos los siguientes criterios para asistir a la escuela.

Pregunta	Si	No
¿Tiene una temperatura de más de 100.0 ° F?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando medicamentos para reducir la fiebre, como los que contienen aspirina, ibuprofeno o acetaminofén, para reducir la fiebre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Para las personas no vacunadas, ¿ha tenido contacto cercano o cuidado a alguien con COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Un proveedor de atención médica le ha indicado que se ponga en cuarentena propia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El Departamento de Salud Pública del Condado o del Estado le ha indicado que se ponga en cuarentena propia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El Departamento de Salud Pública del Condado o del Estado le ha indicado que se ponga en cuarentena propia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguien en su hogar está siendo evaluado actualmente para detectar síntomas de COVID-19 o está esperando los resultados de una prueba de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?		
• Tos nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fatiga por causa desconocida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolores musculares o corporales de causa desconocida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nueva aparición de dolor de cabeza de moderado a severo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nueva pérdida del gusto u olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha dado positivo recientemente (en los últimos 10 días) para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>