

Kennett Consolidated School District ~ Kennett Middle School

Daily Entrance Screening for Students & Visitors

Before coming to school, you must be able to answer **NO** to all of the following questions.

Keep this copy at **HOME** for your reference.

Do you have a fever? (≥ 99.5 degrees F with temporal thermometer; ≥ 100.0 with oral thermometer; ≥ 100.4 with tympanic thermometer)	Yes	No
Do you have any of the following symptoms? <input type="radio"/> Cough <input type="radio"/> Shortness of breath <input type="radio"/> Difficulty breathing <input type="radio"/> Lack of smell or taste (without congestion)	Yes to 1 or more	No
Do you have any 2 of the following symptoms? <input type="radio"/> Sore throat <input type="radio"/> Chills <input type="radio"/> Muscle pain <input type="radio"/> Fatigue <input type="radio"/> Fever <input type="radio"/> Headache <input type="radio"/> Congestion or runny nose <input type="radio"/> Nausea or vomiting <input type="radio"/> Diarrhea	Yes to 2 or more	No
Are you or any household members currently waiting for a COVID-19 test result for any reason other than a required routine screening for work, a health procedure, or prior to travel?	Yes	No
In the past 10 days, have you or any household members tested positive for COVID-19?	Yes	No
In the past 14 days, have you had close contact (within 6 feet for more than 15 minutes) with someone who has COVID-19?	Yes	No

If you responded YES to ANY of the questions above	STOP	Based on your responses you may not come to school. Contact the School Nurse – Mrs. Diane Shannon at 610-268-5874 or email dshannon@kcsd.org
If you responded NO to ALL of the questions above	GO	You may come to school. Be sure to: <ul style="list-style-type: none"> wear a mask at all times practice physical distancing practice hand hygiene visit the nurse immediately if you become sick

Kennett Consolidated School District ~ Kennett Middle School

Control de Entrada Diario para Estudiantes y Visitantes

Antes de venir a la escuela, debe responder **NO** a todas las siguientes preguntas.

Guarde esta copia en **CASA** para su referencia.

¿Tiene usted fiebre? (≥ 99.5 grados F con termómetro temporal; ≥ 100.0 con termómetro oral; ≥ 100.4 con termómetro timpánico)	SÍ	No
¿Tiene usted alguno de estos síntomas? ○ Tos ○ Corto de Respiración ○ Dificultad para Respirar ○ Falta de sentido del olfato o del gusto (sin congestión)	SÍ a 1 o más	No
¿Tiene usted alguno 2 de estos síntomas? ○ Garganta irritada ○ Escalofríos ○ Dolor Muscular ○ Fatiga ○ Fiebre ○ Dolor de Cabeza ○ Congestión o secreción nasal ○ Náuseas o vómitos ○ Diarrea	SÍ a 2 o más	No
¿Usted o algún miembro de su casa, está actualmente esperando el resultado de una prueba para COVID-19, por otra razón aparte de, una revisión de rutina requerida para el trabajo, procedimiento de salud o antes de viajar?	SÍ	No
¿En los últimos 10 días, usted o algún miembro de su casa, ha dado positivo a COVID-19?	SÍ	No
¿En los últimos 14 días, ¿usted ha tenido contacto cercano (menos de 6 pies durante 15 minutos) con alguien que tiene COVID-19?	SÍ	No

Si respondió SÍ a ALGUNA de estas preguntas	ALTO	Según sus respuestas, es posible que no asista a la escuela. Comuníquese con la enfermera de la escuela la Sra. Diane Shannon 610-268-5874 o enviar un correo electrónico a dshannon@kcsd.org
Si respondió NO a todas estas preguntas	ADELANTE	Puede entrar al edificio. Asegúrese de: <ul style="list-style-type: none"> usar la mascarilla en todo tiempo practicar el distanciamiento físico practicar higiene de manos visita la enfermera inmediatamente si se enferma