

NYCDOE – FCC Daily Health Check Form (CHILD) COVID-19

Provider Name: _____

Date: _____

Designated Staff AM: (Full Name) _____

Designated Staff PM: (Full Name) _____

On Arrival the designated program staff member will ask the child’s guardian:

- Has the child had a fever or felt feverish in that past 24 hours?
- Has the child had a new cough, sore throat or shortness of breath in the past 24 hours?
 - If the answer is YES to either question, the child cannot be permitted to participate in order to ensure the safety of others.
 - If the answer is NO to both questions, the child may enter the program for the day.
- Has the child been in close or proximate contact in the past 14 days with anyone who has tested positive for COVID-19 or who has or had symptoms of COVID-19?
- Has the child or anyone at home tested positive for COVID-19 in the past 14 days?
- Has the child or anyone at home traveled outside of New York state to any of the states listed in the [travel advisory](#) in the past 14 days?

✓ = Yes ✗ = No

*If temperature was taken, that information can be added to the notes section.

Child’s Name	Health Check Complete	Guardian’s Initials	Staff Initials	Notes

Child's Name	Health Check Complete	Guardian's Initials	Staff Initials	Notes

NYCDOE – Formulario de verificación de Chequeo de Salud Diario (NIÑO) COVID-19

Nombre del proveedor: _____

Fecha: _____

Personal designado AM: (Nombre completo) _____

Personal designado PM: (Nombre completo) _____

Al llegar, el miembro del personal designado del programa le preguntará al pariente/tutor del niño:

- ¿Ha tenido fiebre o se ha sentido febril en las últimas 24 horas?
- ¿Ha tenido el niño tos nueva, dolor de garganta o falta de aliento en las últimas 24 horas?
 - Si la respuesta es SÍ a cualquiera de las preguntas, no se puede permitir que el niño participe para garantizar la seguridad de los demás.
 - Si la respuesta es NO a ambas preguntas, el niño puede ingresar al programa por el día.
- ¿Ha estado el niño en contacto cercano o próximo en los últimos 14 días con alguien que haya dado positivo para COVID-19 o que tenga o haya tenido síntomas de COVID-19?
- ¿El niño o alguien en el hogar ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?
- ¿Ha viajado el niño o alguien en su hogar fuera del estado de Nueva York a alguno de los estados enumerados en el aviso de viaje en los últimos 14 días?

✓ = Si X = No

* Si se tomó la temperatura, esa información se puede agregar a la sección de notas.

Nombre de Niño/a	Chequeo de salud Completo	Iniciales del guardián	Iniciales del personal	Notas

Nombre de Niño/a	Chequeo de salud Completo	Iniciales del guardián	Iniciales del personal	Notas