



CITY OF SALEM
PARK, RECREATION AND COMMUNITY SERVICES
 401 Bridge St. Salem, MA. 01970
 (978) 744-0924

DAILY HEALTH & WELLNESS CHECK/PARTICIPANT SCREENING

To comply with MA guidelines, every day each participant must print, complete and bring a new copy of this wellness check PRIOR to attending a program. Extra copies will be available at programs if needed. All responses will be maintained on file.

Participant's Name: _____ Date: ____/____/2020

1. Today or in the past 24 hours, has the participant or any household members had any of the following symptoms? Please circle the answer.

- | | | |
|---|-----|----|
| A. Fever (temperature of 100.0 F or above), felt feverish, or had chills? | Yes | No |
| • Current temperature: _____ (taken by parent at home) | | |
| B. Cough? | Yes | No |
| C. Sore Throat? | Yes | No |
| D. Difficulty breathing? | Yes | No |
| E. Gastrointestinal symptoms (diarrhea, nausea, vomiting)? | Yes | No |
| F. Abdominal pain? | Yes | No |
| G. Unexplained rash? | Yes | No |
| H. Fatigue? | Yes | No |
| I. Headache? | Yes | No |
| J. New loss of smell/taste? | Yes | No |
| K. New muscle aches? | Yes | No |
| L. Any other signs of illness? | Yes | No |

2. In the past 14 days, has the participant had close contact with a person Know to be infected with the novel coronavirus (COVID-19)? Yes No

I, _____ (parent/caregiver signature), am reporting all responses of the participant accurately. I understand that if any of the above answers are yes, my child will not be allowed to enter the program and therefore must stay/return home with their parent or caregiver.

STAFF USE ONLY

Staff Member's Name: _____ Program: _____

1. Visual inspection: Do you notice any flushed cheeks, rapid breathing or Difficulty breathing(without recent physical activity), fatigue or extreme Fussiness? Yes No



CITY OF SALEM
PARK, RECREATION AND COMMUNITY SERVICES
 401 Bridge St. Salem, MA. 01970
 (978) 744-0924

VERIFICACIÓN DIARIA DE SALÚD Y BIENESTAR /EXAMEN DEL PARTICIPANTE

Para cumplir con las pautas de MA, todos los días cada participante debe imprimir, completar y traer una nueva copia de este chequeo de bienestar ANTES de asistir a un programa. Copias adicionales estarán disponibles en los programas si es necesario. Todas las respuestas se mantendrán en e archivo..

Nombre del Participante: _____ Fecha: ____/____/2020

1. Hoy o en las pasadas 24 horas, el participante o algún miémbro de la familia ha tenido algunos de estos síntomas. Por favor marque su respuesta.

2. Fiebre (temperatura de 100.0 F or Baja), Se siente febril or con escalofrío **SI No**

• Actual Temperatura: _____ (tomada por los padres en la casa)

- A. Tos? Si No
- B. Dolor de Garganta? Si No
- C. Dificultad para respirar? Si No
- D. Síntomas Gastrointestinales (diarrea, náusea, vomitos)? Si No
- E. Dolor Abdominal? Si No
- F. Erupción cutánea Inexplicable? Si No
- G. Fatiga? Si No
- H. Dolor de Cabeza? Si No
- I. Perdida de olfato /sabor Si No
- J. Dolores Musculares? Si No
- K. Otros Síntomas?Si No

3. En los Últimos 14 días, el participante ha tenido contacto cercano con una persona? Sepa pueda estar infectado con el nuevo coronavirus (COVID-19)SI NO

Yo, _____ (padre/Tutor firma) Estoy informándo todas las respuestas del participante con precisión. Entiendo que si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, mi hijo no podrá ingresar al programa y, por lo tanto, debe quedarse / regresar a casa con sus padres o cuidadores.

PERSONAL SOLAMENTE

Nombre del Miémbro del Personal: _____

Programa: _____

1. Inspección visual: ¿notas enrojecimiento de las mejillas, respiración rápida o Dificultad para respirar (sin actividad física reciente), fatiga o extrema, agitación Si NO