



Pleasantville Public Schools

Karin Farkas
Acting Superintendent of Schools
farkas.karin@pps-nj.us
(609) 383-6800 ext. 2507



Home of the Greyhounds

Good Morning: This email serves as your reminder to assess your child using the Daily Health Screening Checklist **prior** to sending him/her on the school bus or to school for in-person learning.

Buenos días: este correo electrónico sirve como recordatorio para evaluar a su hijo mediante el examen de salud diario Lista de verificación antes de enviarlo en el autobús escolar o a la escuela para que aprenda en persona.

ONLY complete the form, linked below, if your child has symptoms based on the checklist.

SOLO complete el formulario, vinculado a continuación, si su hijo tiene síntomas según la lista de verificación.

[Student Health Screening Form](#) (Please left click on link) (Haga clic izquierdo en el enlace)

Section 1: Symptoms

Any of the symptoms below could indicate a COVID-19 infection in children and may put your child at risk for spreading illness to others. Please note that this list does not include all possible symptoms and children with COVID-19 may experience any, all, or none of these symptoms. **Additionally, students who are sick (e.g. Fever, vomiting, diarrhea) should not attend school in-person.**

Sección 1: Síntomas Cualquiera de los síntomas que aparecen podría indicar una infección por COVID-19 en los niños y puede poner a su hijo en riesgo de contagiar a otros. Tenga en cuenta que esta lista, no incluye todos los síntomas posibles y los niños con COVID-19 pueden sentir algunos, todos o ninguno de estos síntomas. Por favor, compruebe diariamente si su hijo tiene estos síntomas. Los estudiantes que están enfermos (por ejemplo, fiebre, vómitos, diarrea) no deben asistir a la escuela en persona. Si DOS O MÁS de los campos de la columna A están marcados o al menos un campo de la columna B está marcado, por favor mantenga a su hijo en casa y notifique a la escuela para obtener más instrucciones.

Please check your child daily for these symptoms

COLUMN A		COLUMN B		SCHOOL CONTACTS	Ext.
<input type="radio"/>	Fever (measured or subjective)	<input type="radio"/>	Cough	LAS - Shelly Schwartz	2354
<input type="radio"/>	Chills	<input type="radio"/>	Shortness of Breath	NMSS - Lynn Monteverde	2030
<input type="radio"/>	Rigors / Shivers	<input type="radio"/>	Difficulty Breathing	SMSS - Maria Hinkley	2142
<input type="radio"/>	Myalgia (muscle aches)	<input type="radio"/>	New loss of Smell	WAS - Kelly Gallagher	2201
<input type="radio"/>	Headache	<input type="radio"/>	New loss of Taste	MSP - Wheaton/ Donovan	2030
<input type="radio"/>	Sore Throat			PHS - Novlette Brooks	4027
<input type="radio"/>	Diarrhea				
<input type="radio"/>	Fatigue				
<input type="radio"/>	Congestion or Runny Nose				

If **AT LEAST TWO FIELDS IN COLUMN A** are existing – OR – **ONE OR MORE of the fields in COLUMN B** are existing, your child / children must remain home. Additionally, you should contact your child's school nurse, healthcare provider and/or your local health department for further guidance. Lastly, please complete the Google Form lined above and contact your child's school.

Sección 2: Contacto cercano/exposición potencial Si alguno de los campos de la Sección 2 está marcado como "Sí", su hijo debe permanecer en casa durante 14 días a partir de la última fecha de exposición (si el niño es un contacto cercano de un caso confirmado de COVID-19) o la fecha de regreso a Nueva Jersey. Además, llame a la escuela de su hijo para informar de su ausencia. Comuníquese con el doctor primario de su hijo y/o con el departamento de salud local para obtener más orientación.

Section 2: Close Contact/Potential Exposure

Please verify if in the last 14 days:

<input type="checkbox"/>	Your child had close contact (within 6 feet of an infected person for at least 15 minutes during a 24 hour period) with a person with confirmed COVID-19 within the past 14 days?
<input type="checkbox"/>	Someone in your household has been tested for COVID-19 within the past 14 days?

If **ANY of the fields in Section 2 are checked off**, your child must remain home for 10 days from the last date of exposure (if a close contact of a confirmed COVID-19 case) or date of return to New Jersey. Contact your child's provider or your local health department for further guidance.

NOTE: The Google Form (linked above) should **ONLY** be completed if your child is exhibiting symptoms indicated above and is therefore staying home from in-person instruction for the day.