

# Cornerstone Baptist Academy



10701 East 56th Street • Indianapolis, Indiana 46235-8848  
(317) 826-1160 • Fax (317) 723-8090  
cbacademy.net • [cba@cbacademy.net](mailto:cba@cbacademy.net)

## COVID-19 Self – Screening

### Purpose

This form is an assessment tool to determine recent exposure to, and symptoms of, COVID-19 to evaluate your eligibility to enter our school building. All faculty, staff, students, and visitors are required to self-screen daily prior to coming to school. By coming to school, you are acknowledging that you are free of all items listed in the self-screening outlined below.

### How to Self- Screen

Prior to coming to school each day, assess yourself for any of the following signs or symptoms of possible COVID-19.

|                                                      | Yes                      | No                       |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ● Feeling feverish or temperature greater than 100°F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Chills or repeated shaking with chills             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Unexplained new or worsening cough                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Shortness of breath or difficulty breathing        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Unexplained muscle aches                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Unexplained sore throat                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● New loss of taste or smell                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Unexplained headache                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Diarrhea                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Close contact with anyone having COVID-19          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If you answered “yes” to any of the above questions, STOP! Do not come to school. If any of the above symptoms develop or worsen after you are already at school, you should return to your residence and contact your medical provider. Employees should notify their supervisor immediately. Any employee, student, or visitor who is **currently diagnosed with COVID-19**, is **experiencing symptoms consistent with COVID-19**, or **has had direct contact with a person with a confirmed or suspected COVID-19 diagnosis** is not permitted to come to school.

# Cornerstone Baptist Academy



## Propósito

Este formulario es una herramienta de evaluación para determinar la exposición reciente y los síntomas de COVID-19 para evaluar su elegibilidad para ingresar a nuestro edificio escolar. Todos los profesores, el personal, los estudiantes y los visitantes deben auto-pantalla todos los días antes de venir a la escuela. Al venir a la escuela, usted está reconociendo que está libre de todos los artículos enumerados en la autoexalección que se describe a continuación.

## Cómo auto-pantalla

Antes de venir a la escuela cada día, evalúe usted mismo para cualquiera de los siguientes signos o síntomas de posible COVID-19.

|                                                             | Sí                       | No                       |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Sensación de fiebre o temperatura superior a 100 oF       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Enfriado o temblores repetidos con escalofríos            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tos nueva o empeoramiento inexplicables                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dificultad para respirar o dificultad para respirar       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dolores musculares inexplicables                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dolor de garganta inexplicable                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nueva pérdida de sabor o olor                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dolor de cabeza inexplicable                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diarrea                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Contacto cercano con cualquier persona que tenga COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores ¡Parada! No vengas a la escuela. Si alguno de los síntomas anteriores se presenta o empeora después de que usted ya está en la escuela, usted debe regresar a su residencia y comunicarse con su proveedor médico. Los empleados deben notificar a su supervisor inmediatamente. Cualquier empleado, estudiante o visitante que actualmente está diagnosticado con COVID-19, está experimentando síntomas consistentes con COVID-19, o ha tenido contacto directo con una persona con un diagnóstico COVID-19 confirmado o sospechoso no está permitido venir a la escuela.