

Formulário de atestado estudantil básico para COVID-19

Documento complementar para: Supervisor de COVID-19 e Coordenador de Atestado e Triagem de COVID-19

Os Departamentos de Saúde e Trabalho e Indústrias de Washington exigem que os distritos escolares avaliem todos os alunos para determinar se estão com COVID-19 ou estiveram em contato próximo com um indivíduo exposto à COVID-19.

_____ NOME DO ALUNO	_____ DATA
_____ ESCOLA	_____ ANO/PROFESSOR(A)

Marque se o seu aluno teve algum dos seguintes sintomas nas últimas 24 horas:

- Febre de 100,4 ou mais
- Tosse
- Falta de ar ou dificuldade para respirar
- Calafrios
- Fadiga*
- Dor muscular ou dores no corpo*
- Dor de cabeça*
- Perda de paladar ou olfato*
- Dor de garganta*
- Nariz congestionado ou escorrendo*
- Náuseas ou vômitos*
- Diarreia*
- Outros sinais da nova doença que não estão relacionados a uma condição pré-existente (como alergias sazonais)

*Um sintoma de curta duração – se tiver **apenas um** destes sintomas e o sintoma se começar a manifestar e desaparecer em menos de 24 horas **E não** houver exposição conhecida à COVID-19 (contato próximo). O aluno pode voltar para a escola no dia seguinte se o sintoma de curta duração desaparecer. Não é necessário apresentar um teste à COVID-19.

SIM _____ **NÃO** _____

1. Seu aluno esteve em contato próximo com alguém com COVID-19 confirmada?
*O contato próximo inclui: estar a menos de 2 metros de uma pessoa com COVID 19 num total combinado de 15 min. ou mais, num período de 24 horas; **OU** viver na mesma residência que uma pessoa com COVID-19; **OU** cuidar de uma pessoa com COVID-19; **OU** estar em contato direto com saliva ou outras secreções corporais de uma pessoa com COVID-19.*
2. Alguém em sua casa tem sintomas semelhantes à COVID-19 e/ou alguém em sua casa está sendo testado para a COVID-19?
3. Seu aluno fez um teste de COVID-19 que deu positivo para o vírus ativo nos últimos 10 dias?
4. Nos últimos 14 dias, algum profissional de saúde pública ou médico disse ao seu aluno para se monitorar, se isolar ou ficar de quarentena por causa de preocupações com a COVID-19?

Se você responder SIM a qualquer uma das perguntas, fique em casa e entre em contato com a escola.

SIM _____ **NÃO** _____

Se você respondeu sim a qualquer uma das perguntas acima, não leve seu filho para a escola e siga a política de frequência.

Atesto que as respostas sobre meu filho apresentadas acima são verdadeiras e precisas tanto quanto é do meu conhecimento.

Assinatura do pai/responsável

Telefone diurno

Data