

Mẫu chứng thực học sinh tiểu học COVID19

Tài liệu bổ sung cho: giám sát COVID19 và COVID19 chứng & điều phối viên kiểm tra

Các sở y tế và lao động Washington & Industries yêu cầu các khu học chánh hướng đến tất cả học sinh để xác định nếu học sinh có COVID-19 hoặc đã tiếp xúc gần gũi với một cá nhân bị COVID-19.

TÊN HỌC SINH _____

NGÀY _____

TRƯỜNG _____

LỚP/GIÁO VIÊN _____

Trong 24 giờ qua có học sinh của bạn có kinh nghiệm và các triệu chứng sau đây:

- Sốt 100,4 hoặc cao hơn
- Ho
- Thở dốc hoặc khó hít
- Ớn lạnh
- Mệt mỏi*
- Đau cơ hoặc nhức cơ thể*
- Đau đầu*
- Mất hương vị hoặc khứu giác
- Đau họng*
- Tắc nghẽn hoặc chảy nước mũi*
- Buồn nôn hoặc ói mửa*
- Tiêu chảy*
- Các dấu hiệu khác của bệnh mới không liên quan đến tình trạng tồn tại trước (chẳng hạn như dị ứng theo mùa)

Triệu chứng trong ngắn hạn – nếu học sinh **chỉ có một trong những triệu chứng này và triệu chứng đó khởi phát và hết trong ít hơn 24 tiếng, **ĐỒNG THỜI** không phơi nhiễm với COVID-19 (tiếp xúc gần). Học sinh có thể quay lại trường học vào ngày tiếp theo nếu triệu chứng trong ngắn hạn đã không còn nữa. Không cần làm xét nghiệm COVID-19.*

CÓ _____

KHÔNG _____

1. Có học sinh của bạn đã được liên lạc chặt chẽ với bất cứ ai với xác nhận COVID-19? Tiếp xúc gần gũi có nghĩa là trong vòng 6 feet (2 mét) của một người bị nhiễm bệnh trong 15 phút hoặc trở lên.
*Tiếp xúc gần bao gồm; ở trong khoảng cách 6 feet với người bị nhiễm COVID 19 trong thời gian tổng cộng từ 15 phút trở lên trong khoảng thời gian 24 tiếng; **HOẶC** sống cùng nhà với người bị nhiễm COVID-19; **HOẶC** chăm sóc cho bệnh nhân COVID-19; **HOẶC** tiếp xúc trực tiếp với nước bọt hoặc dịch tiết cơ thể của người mắc COVID-19.*
2. Có bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có các triệu chứng giống COVID-19 &/hoặc có bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị đang được xét nghiệm COVID-19 không
3. Học sinh của bạn đã có xét nghiệm COVID-19 dương tính với vi-rút hoạt động trong 10 ngày qua chưa?
4. Trong vòng 14 ngày qua, có một sức khỏe cộng đồng hoặc y tế chuyên nghiệp đã nói với học sinh của bạn tự theo dõi, tự cô lập, hoặc tự cách ly vì lo ngại về COVID-19 không?

Nếu bạn trả lời có cho bất kỳ câu hỏi nào, hãy ở nhà và liên hệ với trường của bạn.

CÓ _____

KHÔNG _____



Dịch vụ rủi ro và an toàn

Nếu bạn trả lời có cho bất kỳ điều nào ở trên, vui lòng không mang con đến trường và thực hiện theo chính sách tham dự.

Tôi chứng thực rằng những câu trả lời liên quan đến con tôi được đưa ra ở trên là đúng sự thật và chính xác với sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ

Số Điện Thoại Ban Ngày

Ngày