

## COVID19 中学生证明表

补充文件: COVID19 主管、认证和筛选协调员

华盛顿卫生和劳工工业部要求学区对所有学生进行筛查, 以确定该学生是否拥有 COVID-19 或与接触 COVID-19 的个人有密切联系。

\_\_\_\_\_  
学生姓名

\_\_\_\_\_  
日期

在过去 24 小时内, 您是否遇到以下任何症状:

- 发烧 100.4 或以上
- 咳嗽
- 呼吸急促或呼吸困难
- 发冷
- 疲劳\*
- 肌肉疼痛或身体疼痛\*
- 头痛\*
- 味觉或气味的丧失
- 喉咙\*
- 拥堵或流鼻\*
- 恶心或呕吐\*
- 腹泻\*
- 与预先存在的疾病无关的其他新疾病迹象 (如季节性过敏)

*\*短期症状 - 如果学生只有这些症状中的**其中一种**, 且该症状从开始出现到消除的时间不足 24 小时, 并且无已知的 COVID-19 暴露 (密切接触)。如果短期症状得到消除, 则该学生可在第二天返校。无需 COVID-19 检测。*

是 \_\_\_\_\_

否 \_\_\_\_\_

1. 您是否与任何已确认的 COVID-19 的人有密切联系?

密切接触是指在 24 小时内与 COVID-19 感染者在 6 英尺 (2 米) 以内接触 15 分钟或以上; 或与 COVID-19 确诊者在同一个房子内生活; 或照顾过 COVID-19 患者; 或直接接触过 COVID-19 患者的唾液或其它身体分泌物。

2. 您家里有人出现 COVID-19 类似症状和/或您家里有人正在接受 COVID-19 检测吗?

3. 在过去 10 天内, 您是否对活动病毒进行了 COVID-19 检测得阳性?

4. 在过去 14 天内, 有公共卫生或医疗专业人员出于对 COVID-19 的担忧而告诉您自我监控、自我隔离或自我隔离?

**如果您对这些问题回答"是", 请留在家中与您的学校联系**

是\_\_\_\_\_

否\_\_\_\_\_

如果您对上述任何一项回答是，请不要上学并遵守出勤政策。

我证明，就我所知，我上面给出的回答是真实的和准确的。

\_\_\_\_\_  
学生签名

\_\_\_\_\_  
日期