



## COVID-19 Student Daily Health Check Form

Bộ Y tế và Lao động & Công nghiệp Washington yêu cầu các khu học chánh sàng lọc tất cả học sinh để xác định xem học sinh có nhiễm COVID-19 hay đã tiếp xúc gần với một cá nhân phơi nhiễm với COVID-19.

Student Name (tên học sinh)

Date (Ngày)

School (Trường)

Grade (Lớp)

**Học sinh có bất kỳ triệu chứng nào sau đây trong vòng 24 giờ qua mà không phải do bệnh khác gây ra không?**

- Sốt 100,4°F / 38°C hoặc cao hơn
- Ho
- Hụt Hơi hoặc Khó Thở
- Ớn Lạnh
- Mệt Mỏi
- Đau Cơ hoặc Đau Nhức Toàn Thân
- Đau Đầu
- Tình Trạng Mất Vị Giác hoặc Khứu Giác Mới Hình Thành
- Đau Họng
- Nghẹt Mũi hoặc Chảy Nước Mũi
- Buồn Nôn hoặc Nôn Mửa
- Tiêu Chảy
- Các triệu chứng của bệnh mới mà không liên quan đến bệnh đã có từ trước (chẳng hạn như dị ứng theo mùa)

Có

Không

**Có học sinh nào đã có những triệu chứng về cảm cúm của Covid-19 trong 3 ngày vừa qua và hơn 24 tiếng chưa?**

Có

Không

**Trong 14 ngày vừa qua, học sinh có từng tiếp xúc gần với người nào đã được xác nhận bị nhiễm COVID-19 không? Tiếp xúc gần nghĩa là ở trong phạm vi 6 feet (2 mét) với người bị nhiễm bệnh trong 15 phút hoặc hơn.**

Có

Không

**Học sinh có kết quả xét nghiệm dương tính với vi-rút COVID-19 trong 10 ngày qua không?**

Có

Không

**Trong 14 ngày qua, có ai từ cơ quan y tế công cộng hoặc nhân viên y tế yêu cầu học sinh tự theo dõi, tự cách ly do nhiễm bệnh hay tự cách ly để phòng bệnh vì lo ngại về COVID-19 không?**

Có

Không

**Nếu câu trả lời là CÓ với bất kỳ câu hỏi nào trong số này, học sinh phải ở nhà và liên lạc với trường của mình.**

Name of Person completing this form (Tên bạn)

Daytime Phone Number (số điện thoại)

Signature (Chữ ký)

Date (Ngày)