



COVID-19 Student Daily Health Check Form

Вашингтонские департаменты здравоохранения и промышленности требуют, чтобы школьные округа проверяют всех учащихся, чтобы определить, имеет ли студент COVID-19 или был в тесном контакте с человеком, подвергшимся воздействию COVID-19.

Student Name (Студенческое имя)

Date (Дата)

School (Школы)

Grade (уровень класса)

Наблюдались ли у учащегося за последние 24 часа какие-либо из следующих симптомов, не связанные с другим заболеванием?

- Температура 100,4° F/38° C или выше
- Кашель
- Одышка или затрудненное дыхание
- Озноб
- Утомляемость
- Боль в мышцах или теле
- Головная боль
- Потеря чувства вкуса или запаха
- Воспаление горла
- Заложенный нос или насморк
- Тошнота или рвота
- Диарея
- Другие признаки нового заболевания, не связанные с сопутствующей проблемой со здоровьем (например, сезонная аллергия)

Да

Нет

Были ли у студента какие-либо из перечисленных выше симптомов COVID-19 в течение последних 3 дней, которые длились более 24 часов?

Да

Нет

Имелся ли у учащегося близкий контакт с человеком, у которого подтвержден диагноз COVID-19 в течение последних 14 дней? Близкий контакт означает пребывание рядом с инфицированным человеком в пределах 6 футов (2 метров) 15 или более минут.

Да

Нет

Был ли у учащегося получен положительный результат теста на наличие активного вируса COVID-19 за последние 10 дней?

Да

Нет

Получал ли учащийся указание медработника или сотрудника органов здравоохранения следить за своим состоянием, самоизолироваться или соблюдать карантин из-за возможного COVID-19 за последние 14 дней?

Да

Нет

Если вы ответили ДА на любой из этих вопросов, учащийся должен оставаться дома и связаться со своей школой.

Name of Person completing this form (Ваше имя)

Daytime Phone Number (номер телефона)

Signature (Подпись)

Date (Дата)