



## COVID-19 Student Daily Health Check Form

వాషింగ్టన్ డిపార్ట్ మెంట్ ఆఫ్ హెల్త్ అండ్ లేబర్ అండ్ ఇండస్ట్రీస్ స్కూలు డిస్ట్రిక్టులు స్కూలు డిస్ట్రిక్టులు COVID-19 కు గురైన వ్యక్తి వద్ద COVID-19 ఉన్నదా లేదా అనే విషయాన్ని తెలుసుకోవడం కొరకు స్కూలు డిస్ట్రిక్టులు అన్ని విద్యార్థులను స్క్రీనింగ్ చేయాల్సి ఉంటుంది.

Student Name (విద్యార్థి పేరు)

Date (తేదీ)

School (పాఠశాల)

Grade (గ్రేడ్)

గత 24 గంటల్లో విద్యార్థికి/ విద్యార్థినికే వేరే ఆరోగ్య సమస్యలకు సంబంధించినవి కాకుండా ఈ క్రింది లక్షణాలు ఏమైనా ఉన్నాయా?

- జ్వరం 100.4°F/38 °C లేదా అంతకంటే ఎక్కువ
- కండరాల నొప్పి లేదా శరీర నొప్పులు
- వికారం లేదా వాంతులు
- దగ్గు
- తలనొప్పి
- విరేచనాలు
- ఊపిరి లేదా శ్వాస తీసుకోవడం ఇబ్బంది
- రుచి లేదా వాసన తెలియక పోవడం
- అనారోగ్యం యొక్క ఇతర సంకేతాలు: ముందుగా ఉన్న స్థితితో సంబంధం లేనివి (కాలానుగుణ అలెర్జీలు వంటివి)
- చలి
- గొంతు నొప్పి
- అలసట
- దిబ్బడ లేదా ముక్కు కారటం

అవును

కాదు

గత మూడు రోజులుగా విద్యార్థి/ విద్యార్థిని పైన పేర్కొన్న కోవిడ్ 19 లక్షణాలు 24 గంటల కంటే పైగా కలిగి ఉన్నారా?

అవును

కాదు

విద్యార్థి/ విద్యార్థిని COVID-19 ధృవీకరించబడిన ఎవరైనా వ్యక్తితో గత 14 రోజులలో సన్నిహితంగా ఉన్నారా? దగ్గరి పరిచయం అంటే COVID-19 సోకిన వ్యక్తికి 6 అడుగులు (2 మీటర్లు) దూరంలో 15 నిమిషాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువసేపు ఉండటం.

అవును

కాదు

గత 10 రోజుల్లో విద్యార్థి/ విద్యార్థిని COVID-19 వైరస్ పరీక్షకు సానుకూలంగా స్పందించారా?

అవును

కాదు

గత 14 రోజులలో, COVID-19 గురించి ఆందోళన ఉన్నందున ఒక పబ్లిక్ హెల్త్ లేదా మెడికల్ ప్రొఫెషనల్ విద్యార్థిని/ విద్యార్థిని స్వీయ పర్యవేక్షణ, స్వీయ-వేరుచేయడం లేదా స్వీయ నిర్బంధం చేయమని చెప్పారా?

అవును

కాదు

**ఈ ప్రశ్నలలో దేనినైనా మీరు అవును అని సమాధానం ఇస్తే, విద్యార్థి/విద్యార్థిని ఇంట్లోనే ఉండి వారి పాఠశాలను సంప్రదించాలి.**

Name of Person completing this form

Daytime Phone Number

Signature

Date