



## COVID-19 Student Daily Health Check Form

வாஷிங்டன் டிபார்ட்மெண்ட்ஸ் ஆஃப் ஹெல்த் அண்ட் லேபர் அண்ட் இன்டஸ்ட்ரீஸ் பள்ளி மாவட்டங்கள் அனைத்து மாணவர்களையும் பரிசோதிக்க வேண்டும், மாணவர் COVID-19 உள்ளதா அல்லது COVID-19 க்கு வெளிப்படும் ஒரு நபருடன் நெருக்கமான தொடர்பு உள்ளதா என்பதை தீர்மானிக்க வேண்டும்.

Student Name (மாணவர் பெயர்)

Date (தேதி)

School (பள்ளி)

Grade (தர நிலை)

கடந்த 24 மணி நேரத்தில் மாணவருக்கு பின்வரும் அறிகுறிகள் ஏதேனும் இருந்ததா?

- ஆம் என்றால் சரிபார்க்கவும்:  
அறிகுறிகள்
- காப்ச்சல் 100.4C / 38 °C அல்லது அதிக
- இருமல்
- மூச்சு திணறல் அல்லது மூச்சு விடுவதில் சிரமம்
- மூச்சு திணறல்
- குளிர்
- சோர்வு
- தசை வலி அல்லது உடல் வலிகள்
- தலைவலி
- புதிய சுவை அல்லது மணம் இழப்பு
- தொண்டைப் புண்
- நெரிசல் அல்லது மூக்கு ஒழுக்கல்
- குமட்டல் அல்லது வாந்தி
- வயிற்றுப்போக்கு
- ஏற்கனவே உள்ள நிலையுடன் தொடர்பில்லாத புதிய நோயின் பிற அறிகுறிகள் (பருவகால ஒவ்வாமை போன்றவை)

ஆம்

எதுவும்

மேலே பட்டியலிடப்பட்ட COVID-19 அறிகுறிகளில் ஏதேனும் கடந்த 3 நாட்களுக்குள் 24 மணிநேரத்திற்கும் மேலாக நீடித்ததா?

ஆம்

எதுவும்

கடந்த 14 நாட்களுக்குள் மாணவர் COVID-19 உறுதிப்படுத்தப்பட்ட யாருடனும் நெருக்கமான தொடர்பில் இருந்தாரா? நெருங்கிய தொடர்பு என்பது பாதிக்கப்பட்ட நபரின் 6 அடி (2 மீட்டர்கள்) க்குள் 15 நிமிடங்கள் அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட தாசு இருக்கும்.

ஆம்

எதுவும்

கடந்த 10 நாட்களில் மாணவர் வைரஸுக்கு நேர்மறையான COVID-19 சோதனை செய்தாரா?

ஆம்

எதுவும்

கடந்த 14 நாட்களுக்குள், ஒரு பொது சுகாதாரம் அல்லது மருத்துவ நிறுவனம் COVID-19 பற்றிய கவலைகள் காரணமாக மாணவர்களை சுய கண்காணிப்பு, சுய தனிமைப்படுத்துதல் அல்லது சுய தனிமைப்படுத்துமாறு கூறியிருக்கிறாரா?

ஆம்

எதுவும்

**இந்த கேள்விகளுக்கு நீங்கள் ஆம் என்று பதிலளித்தால், மாணவர் வீட்டிலேயே தங்கி தங்கள் பள்ளியைத் தொடர்பு கொள்ள வேண்டும்.**

Name of Person completing this form (உங்கள் பெயர்)

Daytime Phone Number (தொலைபேசி எண்)

Signature (கையொப்பம்)

Date (தேதி)