



Preencha este formulário on-line digitalizando este QR Code.



COVID-19 Student Daily Health Check Form

Os Departamentos de Saúde e Trabalho & Indústrias de Washington exigem que os distritos escolares triem todos os alunos para determinar se o aluno tem COVID-19 ou esteve em contato próximo com um indivíduo exposto ao COVID-19.

Student Name (nome do estudante)

Date (Data)

School (Escola)

Grade (classe)

O estudante teve algum dos sintomas a seguir nas últimas 24 horas que não sejam causados por outra condição?

- Febre de 38°C ou mais alta
- Tosse
- Falta de Ar ou Dificuldade para Respirar
- Calafrios
- Fadiga
- Dor Muscular ou Dores no Corpo
- Dor de cabeça
- Nova Perda de Paladar ou Olfato
- Dor de Garganta
- Congestão ou Corrimento nasal
- Náusea ou Vômito
- Diarreia
- Outros sinais de nova doença não relacionados a uma condição preexistente (como alergias sazonais)

Sim

Não

O aluno apresentou algum sintoma de Covid 19 , listado acima , nos últimos 3 dias que duraram mais de 24 horas ?

Sim

Não

O estudante esteve em contato próximo com alguém com COVID-19 confirmado nos últimos 14 dias? Contato próximo significa estar a menos de 2 metros de uma pessoa infectada por 15 minutos ou mais.

Sim

Não

O estudante teve um teste de COVID-19 positivo para vírus ativo nos últimos 10 dias?

Sim

Não

Nos últimos 14 dias, um profissional de saúde pública ou médico disse ao estudante para monitorar, isolar ou colocar a si mesmo em quarentena devido a preocupações com a COVID-19?

Sim

Não

Se você respondeu SIM a qualquer uma dessas perguntas, o aluno deve ficar em casa e entrar em contato com sua escola.

Name of Person completing this form Nome de Pessoa completando este formulário

Daytime Phone Number (número de telephone)

Signature (Assinatura)

Date (Data)