

COVID19 एलिमेंटरी विद्यार्थी अनुप्रमाणन फार्म

इनके लिए सप्लीमेंटल दस्तावेज: COVID19 सुपरवाइजर और COVID19 अनुप्रमाणन एवं स्क्रीनिंग कोआर्डिनेटर

वाशिंगटन डिपार्टमेंट्स ऑफ हेल्थ एंड लेबर एंड इंडस्ट्रीज (Washington Departments of Health and Labor & Industries) की शर्त है कि स्कूल डिस्ट्रिक्ट यह निर्धारित करने के लिए सभी विद्यार्थियों की स्क्रीनिंग करें कि क्या विद्यार्थी को COVID-19 है या क्या वह COVID-19 के किसी व्यक्ति के निकट संपर्क में आया है।

विद्यार्थी का नाम _____

तारीख _____

स्कूल _____

ग्रेड/अध्यापक _____

पिछले 24 घंटों में, क्या आपके विद्यार्थी को निम्नलिखित लक्षण अनुभव किए हैं:

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 100.4 या इससे अधिक बुखार• खांसी• मुश्किल से सांस आना या सांस लेने में परेशानी• कंपकंपी• स्वाद या गंध महसूस न होना• थकान*• मांसपेशियों में दर्द या शरीर में दर्द* | <ul style="list-style-type: none">• सिरदर्द*• गले में दर्द*• नाक घुटना या नाक बहना*• जी मिचलाना या उल्टी आना*• दस्त*• नई बीमारी के अन्य लक्षण, जो पहले से मौजूद स्थिति से संबंधित न हों (जैसे कि मौसम संबंधी एलर्जी) |
|--|---|

*थोड़े समय का लक्षण – यदि विद्यार्थी को इन लक्षणों में से **केवल एक** लक्षण है और वह लक्षण शुरू होने के बाद, 24 घंटे से कम समय में ठीक हो जाता है और कोई ज्ञात COVID-19 संपर्क (निकट संपर्क) नहीं है। विद्यार्थी अगले दिन स्कूल लौट सकता है, यदि थोड़े समय का लक्षण ठीक हो गया हो। ऐसे में COVID-19 टेस्ट की जरूरत नहीं है।

हां _____

नहीं _____

- क्या आपका विद्यार्थी प्रमाणित COVID-19 वाले किसी व्यक्ति के निकट संपर्क में रहा है?
निकट संपर्क में शामिल है; 24 घंटे की अवधि में कुल 15 मिनट या इससे अधिक समय तक COVID 19 संक्रमित व्यक्ति के साथ 6 फुट की दूरी में रहा हो; **अथवा** COVID-19 संक्रमित व्यक्ति के साथ एक ही घर में रहा हो; **अथवा** COVID-19 संक्रमित व्यक्ति की देखभाल की हो; **अथवा** संक्रमित व्यक्ति से तार या शरीर के अन्य स्रावों के सीधे संपर्क में आया हो।

क्या आपके घर में किसी को COVID-19 जैसे लक्षण हैं और/अथवा आपके घर में किसी की COVID-19 के लिए जांच हुई है?

- क्या पिछले 10 दिनों में आपके विद्यार्थी की सक्रिय वायरस के लिए COVID-19 की जांच पॉजिटिव आई है?
- पिछले 14 दिनों के अंदर, क्या किसी जन स्वास्थ्य या चिकित्सीय पेशेवर ने, COVID-19 की चिंताओं के कारण आपके विद्यार्थी को स्व-निरीक्षण, स्व-आइसोलेट या स्व-क्वारेन्टाइन होने के लिए कहा?

यदि आप इनमें से किसी भी सवाल का जवाब हां में देते हैं, तो घर पर रहें और स्कूल से संपर्क करें.

हां _____

नहीं _____

यदि आपने उपरोक्त में से किसी भी सवाल का जवाब हां में दिया है, तो कृपया अपने बच्चे को स्कूल न लेकर आएँ और हाजिरी नीति का पालन करें।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे बच्चे के संबंध में ऊपर दिए गए जवाब, मेरी पूरी जानकारी के मुताबिक सत्य और सही हैं।

माता या पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर

दिन के समय का फोन नंबर

तारीख