

## COVID19 小学生证明表

补充文件：COVID19 主管和 COVID19 认证和筛选协调员

华盛顿卫生和劳工工业部要求学区对所有学生进行筛查，以确定该学生是否拥有 COVID-19 或与接触 COVID-19 的个人有密切联系。

\_\_\_\_\_  
学生姓名\_\_\_\_\_  
日期\_\_\_\_\_  
学校\_\_\_\_\_  
年级/教师

在过去 24 小时内，您的学生或您家中的任何人经历了以下症状：

- 发烧 100.4 或以上
- 咳嗽
- 呼吸急促或呼吸困难
- 发冷
- 疲劳\*
- 肌肉疼痛或身体疼痛\*
- 头痛\*
- 味觉或气味的丧失
- 喉咙\*
- 拥堵或流鼻\*
- 恶心或呕吐\*
- 腹泻\*
- 其他新疾病迹象

\*短期症状 - 如果学生 **a** 只有这些症状中的**其中一种**，且该症状从开始出现到消除的时间不足 24 小时，**并且**无已知的 COVID-19 暴露（密切接触）。如果学生或您家中的任何人只有这些症状中的**其中一种**，且该症状从开始出现到消除的时间不足 24 小时，**并且**无已知的 COVID-19 暴露，那么学生可以重返学校。如果您学生或您家中的任何人有短期症状，请联系学校。无需 COVID-19 检测。

是 \_\_\_\_\_

否 \_\_\_\_\_

1. 您的学生与任何已确认的 COVID-19 的人有密切联系吗？  
密切接触是指在 24 小时内与 COVID-19 感染者在 6 英尺（2 米）以内接触 15 分钟或以上；或与 COVID-19 确诊者在同一个房子内生活；或照顾过 COVID-19 患者；或直接接触过 COVID-19 患者的唾液或其它身体分泌物。
2. 您家里有人出现 COVID-19 类似症状和/或您家里有人正在接受 COVID-19 检测吗？
3. 您的学生或您家中的任何人在过去 10 天内是否对活动病毒进行了 COVID-19 测试得阳性？
4. 在过去 14 天内，有公共卫生或医疗专业人员是否因为对 COVID-19 的担忧而告诉您的学生进行自我监控、自我隔离或主动自行隔离？

如果您对这些问题回答"是"，请留在家中，并联系您的学校。

是 \_\_\_\_\_

否 \_\_\_\_\_

如果您对上述任何一项回答"是"，请不要带孩子上学并遵守出勤政策。

我证明，就我所知，关于我上面给出的关于我的孩子的回答是真实的和准确的。

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签名\_\_\_\_\_  
日间电话\_\_\_\_\_  
日期