

கோவிட்-19 தொடக்கப்பள்ளி மாணவர் சான்றளிப்புப் படிவம்

கீழே கொடுக்கப்பட்டதற்கான துணை ஆவணம்: கோவிட்-19 மேற்பார்வையாளர், மற்றும் கோவிட்-19 சான்றளிப்பு மற்றும் நோய்ப்பாதிப்பு ஆய்வு ஒருங்கிணைப்பாளர்

மாணவருக்கு கோவிட்-19 தொற்றுப் பாதிப்பு இருக்கிறதா அல்லது கோவிட்-19 தொற்று பாதித்த நபருடன் நெருங்கிய தொடர்பு கொண்டிருந்தாரா என்பதைத் தீர்மானிக்க அனைத்து மாணவர்களுக்கும் நோய்ப்பாதிப்பு ஆய்வு மேற்கொள்ளுமாறு வாஷிங்டன் சுகாதாரத் துறையும், தொழிலாளர் மற்றும் தொழில்கள் துறையும் (Washington Departments of Health and Labor & Industries) பள்ளி மாவட்டங்களைக் கேட்டுக்கொள்கின்றது.

மாணவர் பெயர் _____

தேதி _____

பள்ளியின் பெயர் _____

வகுப்பு ஆசிரியர் _____

கடந்த 24 மணிநேரங்களில் உங்கள் மாணவர் அல்லது உங்கள் வீட்டில் இருக்கும் யாருக்காவது பின்வரும் அறிகுறிகள் எதையாவது அனுபவித்திருக்கிறாரா:

- 100.4 டிகிரி அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட காய்ச்சல்
- இருமல்
- மூச்சிரைப்பு அல்லது சுவாசிப்பதில் சிரமம்
- குளிர் நடுக்கம்
- களைப்பு*
- தசை வலி அல்லது உடல் வலி*
- தலைவலி*
- சுவை அல்லது நுகர்திறன் இழத்தல்
- தொண்டைப் புண்*
- மூக்கடைப்பு அல்லது மூக்கு ஒழுகுதல்*
- குமட்டல் அல்லது வாந்தி*
- வயிற்றுப்போக்கு*
- புதிய நோயின் பிற அறிகுறிகள்

*குறுகியகால அறிகுறி – ஒரு மாணவருக்கு இவற்றில் **ஒரே ஒரு** அறிகுறி மட்டும் இருந்து, அந்த அறிகுறி தோன்றி 24 மணி நேரத்திற்குள் மறைந்து விட்டது எனவும் **மற்றும்** கோவிட்-19 வெளிப்பாடு (எந்தவிதமான தொடர்பும் தெரிந்திருந்து) இல்லாவிட்டால்:- மாணவருக்கு அல்லது வீட்டில் இருக்கும் யாருக்கேனும் இவற்றில் ஒரே ஒரு அறிகுறி இருந்து அந்த குறுகிய-கால அறிகுறி தோன்றி 24 மணி நேரத்திற்குள் மறைந்து விட்டது மற்றும் வேறு எவரும் கோவிட் வெளிப்பாட்டிற்கு உள்ளாகவில்லை எனவும் இருந்தால், மாணவர் அடுத்த நாளே பள்ளிக்குத் திரும்பலாம். மேற்சொன்ன குறுகிய-கால அறிகுறிகள் மாணவருக்கோ அல்லது வீட்டில் உள்ள யாரிடமும் காணப்பட்டால் பள்ளிக்கூட நிர்வாகத்தினை தொடர்பு கொள்ளவும். கோவிட்-19 பரிசோதனை தேவையில்லை.

ஆம் _____

இல்லை _____

1. உங்கள் மாணவர் கோவிட்-19 தொற்று உறுதிப்படுத்தப்பட்டவருடன் நெருங்கிய தொடர்பில் இருந்திருக்கிறாரா? நெருங்கிய தொடர்பு என்பது தொற்று பாதித்த நபரிடமிருந்து 6 அடி (2 மீட்டர்) தூரத்திற்குள் 15 நிமிடங்கள் அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட நேரம் இருப்பது அல்லது கோவிட்-19 பாதித்த ஒருவருடன் அதே குடும்பத்தில் வசிப்பது அல்லது கோவிட்-19 பாதித்த ஒருவருக்கு பராமரிப்பு வழங்கியது அல்லது கோவிட்-10 பாதித்த ஒருவருடைய எச்சில் அல்லது பிற உடல் சுரப்புகளுடன் நேரடி தொடர்பில் இருப்பதைக் குறிக்கிறது.
2. உங்கள் வீட்டில் உள்ள எவருக்கும் கோவிட்-19 போன்ற அறிகுறிகள் இருக்கின்றனவா &/அல்லது உங்கள் வீட்டிலுள்ள எவருக்கும் கோவிட்-19 பரிசோதனை செய்திருக்கிறார்களா?
3. கடந்த 10 நாட்களில் உங்கள் மாணவரில் அல்லது உங்கள் வீட்டில் இருக்கும் யாருக்காவது கோவிட்-19 பரிசோதனை முடிவு பாசிட்டிவ் என வந்துள்ளதா?
4. கடந்த 14 நாட்களுக்குள், கோவிட்-19 பற்றிய கவலைகள் காரணமாக ஒரு பொது சுகாதார வல்லுநர் அல்லது மருத்துவ வல்லுநர் உங்கள் மாணவரிடம் சுய கண்காணிப்பு மேற்கொள்ளுமாறு, சுய தனிமைப்படுத்திக்கொள்ளுமாறு, அல்லது சுய- தனிமைப்படுத்தலில் (செல்ஃப் குவாரண்டைன்) இருக்குமாறு சொல்லியிருக்கிறாரா?

இந்தக் கேள்விகளில் எவற்றுக்காவது நீங்கள் ஆம் எனப் பதிலளித்தால், வீட்டிலேயே இருக்கவும் மற்றும் உங்கள் பள்ளியைத் தொடர்புகொள்ளவும்.

ஆம் _____

இல்லை _____

மேலே உள்ள கேள்விகளில் ஏதாவது ஒன்றிற்கு உங்கள் பதில் ஆம் என இருந்தால், தயவுசெய்து உங்கள் குழந்தையை பள்ளிக்கு அழைத்துவர வேண்டாம் மற்றும் வருகைப்பதிவுக் கொள்கையைப் பின்பற்றவும்.

எனது குழந்தை தொடர்பாக மேலே கொடுக்கப்பட்ட பதில்கள் எனது அறிவிற்கு எட்டியவரை உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என நான் உறுதியளிக்கிறேன்.

பெற்றோர்/பாதுகாவலர் கையொப்பம்

தொலைபேசி

தேதி