

COVID19 中学生证明表

补充文件：COVID19 主管、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

在过去 24 小时内，您或您家中的任何人是否遇到以下任何症状：

- 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. 您是否与任何已确认的 COVID-19 的人有密切联系？
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. 在过去 10 天内，您或您家中的任何人是否对活动病毒进行了 COVID-19 检测得阳性？
4. 在过去 14 天内，有公共卫生或医疗专业人员出于对 COVID-19 的担忧而告诉您进行自我监控、自我隔离或主动自行隔离？

如果您对这些问题回答"是"，请留在家中与您的学校联系

是 _____

否 _____

如果您对上述任何一项回答是，请不要上学并遵守出勤政策。

我证明，就我所知，我上面给出的回答是真实的和准确的。

学生签名

日期