

## COVID19 सेकंडरी विद्यार्थी अनुप्रमाणन फार्म

इनके लिए सप्तिमंटे दस्तावेज: COVID19 सुपरवाइजर और COVID19 अनुप्रमाणन एवं सीननंग 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

पिछले 24 घंटों में आपके या आपके घर में किसी को भी निम्न लक्षणों में से किसी का अनुभव हुआ है::

- 100.4 या इससे अधिक बुखार
- खांस
- मुकिकल से सांस आना या सांस लेने में परेशान
- कंपकंप
- स्ट्वाद या गंध महसूस न होना
- र्थकान\*
- मांसपेशियों में ददम या शरीर में ददम\*
- सरददम\*
- गले में ददम\*
- नाक घुटना या नाक बहना\*
- जी शमचलाना या उल्टी आना\*
- दस्ट\*
- नई बीमारी के अन्य लक्षण, जो पहले से मौजूद स्ट्स्थनत से संबंधित न हों (जैसे कक मौसम संबंधी एलजी)

\*एक अल्पकालिक लक्षण - यदि किसी छात्र में इनमें से केवल एक लक्षण है और लक्षण शुरू होता है और 24 घंटे से कम समय में हल हो जाता है और कोई ज्ञात COVID-19 जोखिम (निकट संपर्क) नहीं होता है। यदि किसी छात्र या घर में किसी के पास इन लक्षणों में से केवल एक लक्षण है और लक्षण शुरू होता है और 24 घंटे से कम समय में शुरू होता है और कोई ज्ञात COVID जोखिम नहीं होता है, तो एक छात्र स्कूल लौट सकता है, भले ही आपका छात्र या आपके घर में कोई भी स्कूल से संपर्क करें। एक अल्पकालिक लक्षण। COVID-19 परीक्षण की आवश्यकता नहीं है।

हाँ \_\_\_\_\_

नहीं \_\_\_\_\_

1. क्या आप पुष्टि किए गए COVID-19 के साथ किसी के निकट संपर्क में हैं? निकट संपर्क शामिल हैं; COVID 19 वाले व्यक्ति के 6 फीट के भीतर एक संयुक्त कुल 15 मिनट या उससे अधिक के लिए 24 घंटे की अवधि के भीतर; या COVID-19 वाले व्यक्ति के समान घर में रहते हैं; या COVID-19 वाले व्यक्ति की देखभाल की जाती है; या COVI- 19 वाले व्यक्ति से लार या अन्य शारीरिक स्राव के सीधे संपर्क में रहा।?

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?

2. क्या पिछले 10 दिनों में आपका सक्रिय वायरस के लिए COVID-19 की जांच पॉजिटिव आई है??
3. पिछले 14 दिनों के भीतर, एक सार्वजनिक स्वास्थ्य या चिकित्सा पेशेवर ने COVID-19 के बारे में चिंताओं के कारण आपको स्वयं-मॉनिटर करने, आत्म-पृथक, या स्वयं-संगरोध करने के लिए कहा है?
  - a. यदि आप इनमें से किसी भी प्रश्न का उत्तर हां में देते हैं, तो घर पर रहें और अपने स्कूल से संपर्क करें

हाँ \_\_\_\_\_

नहीं \_\_\_\_\_

यदि आपने उपरोक्त में से किसी के लिए हां में उत्तर दिया है, तो कृपया स्कूल न जाएं और उपस्थिति नीति का पालन करें।

मैं यह स्वीकार करता हूं कि ऊपर दी गई मेरी प्रतिक्रियाएं मेरे ज्ञान के सर्वश्रेष्ठ के लिए सही और सटीक हैं।

\_\_\_\_\_

व्यवस्थित के हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_

तारीख