

Formulário de atestado estudantil secundário para COVID-19

Documento complementar para: Supervisor de COVID-19, Coordenador de Atestado e Triagem

Os Departamentos de Saúde e Trabalho e Indústrias de Washington exigem que os distritos escolares avaliem todos os alunos para determinar estão com COVID-19 ou estiveram em contato próximo com um indivíduo exposto à COVID-19.

NOME DO ALUNO

DATA

Nas últimas 24 horas você, ou alguém da sua casa, experimentou algum dos seguintes sintomas:

- Febre de 100,4 ou mais
- Tosse
- Falta de ar ou dificuldade para respirar
- Calafrios
- Perda de paladar ou olfato
- Fadiga*
- Dor muscular ou dores no corpo*
- Dor de cabeça*
- Dor de garganta*
- Nariz congestionado ou escorrendo*
- Náuseas ou vômitos*
- Diarreia*
- Outros sinais de nova doença

Um sintoma de curta duração – se tiver **apenas um destes sintomas e o sintoma se começar a manifestar e desaparecer em menos de 24 horas **E** não houver exposição conhecida à COVID-19 (contato próximo). Se um aluno, ou alguém na casa, tiver apenas um desses sintomas e o sintoma começar e desaparecer em menos de 24 horas e não houve exposição à COVID conhecida, o aluno pode retornar à escola. Por favor, contate a escola mesmo se o aluno ou alguém em sua casa tiver um sintoma de curto prazo. Não é necessário apresentar um teste à COVID-19.*

SIM _____ NÃO _____

1. Você esteve em contato próximo com alguém com COVID-19 confirmada?
*O contato próximo inclui: estar a menos de 2 metros de uma pessoa com COVID 19 num total combinado de 15 min. ou mais, num período de 24 horas; **OU** viver na mesma residência que uma pessoa com COVID-19; **OU** cuidar de uma pessoa com COVID-19; **OU** estar em contato direto com saliva ou outras secreções corporais de uma pessoa com COVID-19.*
2. Alguém em sua casa tem sintomas semelhantes à COVID-19 e/ou alguém em sua casa está sendo testado para a COVID-19?
3. Você, ou alguém da sua casa, fez um teste de COVID-19 que deu positivo para o vírus ativo nos últimos 10 dias?
4. Nos últimos 14 dias, algum profissional de saúde pública ou médico disse a você para se monitorar, se isolar ou ficar de quarentena por causa de preocupações com a COVID-19?

Se você responder SIM a qualquer uma das perguntas, fique em casa e entre em contato com a escola

SIM _____ NÃO _____

Se você respondeu sim a qualquer uma das perguntas acima, não vá à escola e siga a política de frequência.

Atesto que minhas respostas acima são verdadeiras e precisas tanto quanto é do meu conhecimento.

Assinatura do aluno

Data