

ЕЖЕДНЕВНАЯ ПРОВЕРКА ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ НА COVID-19

Имя ученика: _____

Школа: _____ Класс: _____

Ваш ребенок должен проходить проверку здоровья каждый день, перед очным началом занятий в школе. Пожалуйста, проверьте температуру вашего ребенка, заполните краткий контрольный список ниже и сообщите информацию о своем ребенке

1. Есть ли у вашего ребенка какие-либо из следующих симптомов, которые не вызваны другим заболеванием? Да Нет

- Температура (100.4°F или выше) или озноб
- Кашель
- Одышка или затруднение дыхания
- Необычная усталость
- Боли в мышцах или теле
- Головная боль
- Недавняя потеря вкуса или обоняния
- Боли в горле
- Заложенность или насморк
- Тошнота или рвота
- Понос или боли в животе

2. Были ли у вашего ребенка какие-либо из вышеперечисленных симптомов за последние 24 часа? Да Нет

3. Был ли ваш ребенок в тесном контакте в пределах 6 футов более 15 минут с кем-либо с подозрением или подтвержденным случаем COVID-19? Да Нет

4. Был ли у вашего ребенка положительный тест на COVID-19 на наличие активного вируса за последние 10 дней? Да Нет

5. Говорили ли вам в течение последних 14 дней специалисты по общественному здравоохранению или медицинские работники о необходимости самоконтроля, самоизоляции или карантина вашего ребенка из-за опасений по поводу заражения COVID-19? Да Нет

Если ответ на любой из приведенных выше вопросов утвердительный, ваш ребенок не может посещать школу очно и не может вернуться, пока не будут выполнены критерии общественного здравоохранения для возвращения в школу/на работу

Я подтверждаю, что являюсь родителем/законным опекуном вышеупомянутого учащегося и что ответы здесь верны и правдивы

Подпись _____ Дата _____

печатными буквами

Имя _____

Ресурсы:

CDC: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/index.html>

DOH: <https://www.doh.wa.gov/Emergencies/Coronavirus>

OSPI: <https://www.k12.wa.us/about-ospi/press-releases/novel-coronavirus-covid-19-guidance-resources>