

COVID19 — ежедневная диагностика состояния здоровья ученика

ФИО ученика _____

Класс _____

Подпись родителя/опекуна: _____

Дата: _____

Руководство Auburn School District согласно указанию Washington Departments of Health and Labor & Industries требует от родителей проверять всех своих детей, которые посещают школу, на наличие симптомов, связанных с COVID-19, а также выяснять, контактировал ли учащийся с человеком, заболевшим COVID-19. ЕЖЕДНЕВНО проверяйте, нет ли у вашего ученика указанных ниже симптомов, документируйте данные о состоянии его здоровья и лично отправляйте форму со своей подписью в первый день следующей недели. **Не оставляйте незаполненных разделов.**

1. Возникали ли у вас на протяжении последнего дня какие-либо из приведенных симптомов, которые вам не свойственны?

- Температура или озноб •Кашель •Одышка или затрудненное дыхание •Усталость •Боль в мышцах
- Головная боль
- Потеря вкуса или запаха •Фарингит •Заложенность носа или насморк •Тошнота или рвота •Диарея

2. Общались ли вы непосредственно с человеком, имеющим подтвержденный диагноз COVID-19, получали ли положительный тест на COVID-19 в течение последних 10 дней, ожидаете ли в данный момент результаты теста на COVID-19 или предписывал ли вам в течение последних 14 дней медицинский работник находиться на самоизоляции или на карантине в связи с опасениями, вызванными COVID-19?

Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
<p style="text-align: right;">3</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">4</p> 3. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 4. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">5</p> 5. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 6. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">6</p> 7. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 8. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">7</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____
<p style="text-align: right;">10</p> Нет занятий	<p style="text-align: right;">11</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">12</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">13</p> 3. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 4. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">14</p> 5. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 6. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____
<p style="text-align: right;">17</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">18</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">19</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">20</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">21</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____
<p style="text-align: right;">24</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">25</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">26</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">27</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____	<p style="text-align: right;">28</p> 1. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 2. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Инициалы одного из родителей: _____
<p style="text-align: right;">31</p> Нет занятий				

