

Ежедневная проверка здоровья родителей

Вместо того, чтобы задавать вопросы для ежедневной проверки здоровья в самом учреждении, родители могут заполнить форму проверки здоровья, которая приведена ниже, до приезда в учреждение.¹ Используйте одну строку в деньns.

1. Есть ли у вас или вашего ребенка следующие симптомы: Необычный кашель, Потеря вкуса или запаха, Затрудненное дыхание, Высокая температура?
2. Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого был подтвержден COVID-19?*
3. Н Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого COVID-19 был подтвержден условно?*

Если вы ответили «нет» на все вопросы слева, подпишите ниже и укажите дату.

подпись

Дата

1. Есть ли у вас или вашего ребенка следующие симптомы: Необычный кашель, Потеря вкуса или запаха, Затрудненное дыхание, Высокая температура?
2. Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого был подтвержден COVID-19?*
3. Н Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого COVID-19 был подтвержден условно?*

Если вы ответили «нет» на все вопросы слева, подпишите ниже и укажите дату.

подпись

Дата

1. Есть ли у вас или вашего ребенка следующие симптомы: Необычный кашель, Потеря вкуса или запаха, Затрудненное дыхание, Высокая температура?
2. Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого был подтвержден COVID-19?*
3. Н Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого COVID-19 был подтвержден условно?*

Если вы ответили «нет» на все вопросы слева, подпишите ниже и укажите дату.

подпись

Дата

1. Есть ли у вас или вашего ребенка следующие симптомы: Необычный кашель, Потеря вкуса или запаха, Затрудненное дыхание, Высокая температура??
2. Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого был подтвержден COVID-19?*
3. Н Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого COVID-19 был подтвержден условно?*

Если вы ответили «нет» на все вопросы слева, подпишите ниже и укажите дату.

подпись

Дата

1. Есть ли у вас или вашего ребенка следующие симптомы: Необычный кашель, Потеря вкуса или запаха, Затрудненное дыхание, Высокая температура??
2. Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого был подтвержден COVID-19?*
3. Н Были ли вы или ваш ребенок в контакте с кем-либо в течение последних 14 дней, у кого COVID-19 был подтвержден условно?*

Если вы ответили «нет» на все вопросы слева, подпишите ниже и укажите дату.

подпись

Дата

*Быть в контакте – это находиться рядом дольше 15 минут в течение 24 часов во время инфекционного периода. Инфекционный период – 2 дня до и 10 дней после появления симптомов COVID-19. Если симптомов нет, то 2 дня до и 10 дней после даты, когда был сделан тест.

¹ См. <https://oregonearlylearning.com/COVID-19-Resources>. «Указания по охране здоровья и обеспечению безопасности в детских и дошкольных образовательных учреждениях в условиях пандемии COVID-19» Опубликовано 14.08.2020, обновлено в январе 2021 г.