

Phụ huynh: Tự kiểm tra sức khỏe hàng ngày

Phụ huynh có thể hoàn thành việc tự kiểm tra sức khỏe hàng ngày cho con của họ trước khi đưa con đến cơ sở giữ trẻ. Đó là một cách thay thế cho các câu hỏi khám sức khỏe hàng ngày tại cơ sở. Vui lòng trả lời ba câu hỏi mỗi ngày.¹

1. Quý vị hoặc con của quý vị có các triệu chứng sau đây: Ho bất thường, Mất vị giác hoặc khứu giác, Khó thở, Sốt?
2. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với người dương tính với COVID-19 trong 14 ngày qua hay không?*
3. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với một người nghi nhiễm COVID-19 trong 14 ngày qua hay không? *

Nếu quý vị trả lời “không” cho tất cả các câu hỏi bên trái, hãy ký tên và ghi ngày tháng dưới đây.

Chữ ký

ngày

1. Quý vị hoặc con của quý vị có các triệu chứng sau đây: Ho bất thường, Mất vị giác hoặc khứu giác, Khó thở, Sốt?
2. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với người dương tính với COVID-19 trong 14 ngày qua hay không?*
3. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với một người nghi nhiễm COVID-19 trong 14 ngày qua hay không? *

Nếu quý vị trả lời “không” cho tất cả các câu hỏi bên trái, hãy ký tên và ghi ngày tháng dưới đây.

Chữ ký

ngày

1. Quý vị hoặc con của quý vị có các triệu chứng sau đây: Ho bất thường, Mất vị giác hoặc khứu giác, Khó thở, Sốt?
2. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với người dương tính với COVID-19 trong 14 ngày qua hay không?*
3. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với một người nghi nhiễm COVID-19 trong 14 ngày qua hay không? *

Nếu quý vị trả lời “không” cho tất cả các câu hỏi bên trái, hãy ký tên và ghi ngày tháng dưới đây.

Chữ ký

ngày

1. Quý vị hoặc con của quý vị có các triệu chứng sau đây: Ho bất thường, Mất vị giác hoặc khứu giác, Khó thở, Sốt?
2. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với người dương tính với COVID-19 trong 14 ngày qua hay không?*
3. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với một người nghi nhiễm COVID-19 trong 14 ngày qua hay không? *

Nếu quý vị trả lời “không” cho tất cả các câu hỏi bên trái, hãy ký tên và ghi ngày tháng dưới đây.

Chữ ký

ngày

1. Quý vị hoặc con của quý vị có các triệu chứng sau đây: Ho bất thường, Mất vị giác hoặc khứu giác, Khó thở, Sốt?
2. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với người dương tính với COVID-19 trong 14 ngày qua hay không?*
3. Quý vị hoặc con của quý vị có tiếp xúc với một người nghi nhiễm COVID-19 trong 14 ngày qua hay không? *

Nếu quý vị trả lời “không” cho tất cả các câu hỏi bên trái, hãy ký tên và ghi ngày tháng dưới đây.

Chữ ký

ngày

*Tiếp xúc có nghĩa là tiếp xúc gần và hơn 15 phút trong khoảng thời gian 24 giờ và trong thời kỳ lây nhiễm. Thời kỳ lây nhiễm là hai ngày trước đến 10 ngày sau khi người mắc bệnh COVID-19 có triệu chứng đầu tiên. Nếu không có triệu chứng, thời gian lây nhiễm là 2 ngày trước khi xét nghiệm được thực hiện đến 10 ngày sau khi xét nghiệm được thực hiện đến.

¹Tham khảo <https://oregonearlylearning.com/COVID-19-Resources>. "Hướng Dẫn về Sức Khỏe và An Toàn cho Hoạt Động Giữ Trẻ và Giáo Dục Mầm Non Trong Đại Dịch COVID-19." Xuất bản 14/8/2020, cập nhật tháng 1 năm 2021.