

COVID-19 健康篩檢保證聲明

依紐約州衛生署 (Department of Health, DOH) 《托兒中心臨時健康指南》(Interim Guidance for Child Care Programs) 規定，所有人員在到達托兒中心前或到達時需填寫每日健康篩檢問卷。

如果某人對下列任何篩檢問題的回答為「是」，除非有另外註明的例外情況，否則不得進入托兒中心。

篩檢問題：

1. 您的體溫是否高於或等於華氏 100.4 度？
2. 過去 10 天內，您是否曾與確診（根據診斷檢驗）或疑似（根據症狀）感染 COVID-19 的人員有過密切或近距離接觸？注意：DOH 將密切接觸定義為從症狀出現前 2 天開始，或如果沒有症狀，從採集陽性樣本前 2 天開始，到他們被隔離時，於 24 小時期間內在某人的 6 英尺範圍內停留 10 分鐘或以上。密切接觸者不包括在醫療照護場所穿著適當、必要個人防護設備的工作人員。

例外情況：如果無症狀的工作人員/兒童已完全接種疫苗，或在過去 3 個月內已經從化驗室確認的 COVID-19 康復，並且未遭隔離，則他們可以進入。注意：完全接種疫苗定義為在接種 2 劑系列疫苗中的第二劑後已過 2 週或更長時間，或在接種一劑單劑疫苗後已過 2 週或更長時間。

3. 您目前或最近（在過去 10 天內）是否出現過任何 COVID-19 症狀？注意：症狀可能與先前存在的醫療疾病有關，例如過敏症或偏頭痛。您僅應在症狀為新出現或惡化的狀況下回答「是」。

- 咳嗽
- 呼吸急促
- 呼吸困難
- 發燒（等於或高於華氏 100.4 度）
- 發冷
- 肌肉疼痛或身體疼痛
- 頭痛
- 喉嚨痛
- 失去味覺或嗅覺
- 疲乏
- 鼻塞或流鼻水
- 噁心或嘔吐
- 腹瀉

4. 過去 10 天內，您的 COVID-19 診斷檢驗結果是否呈陽性？
5. 您是否在過去 10 天內旅行但沒有遵守「紐約州旅行建議」(New York State Travel Advisory) 的要求？

保證聲明：簽署此文件，即代表本人同意每天自行監測有無上述症狀，並將結果報告給托兒中心，且如出現上述任何症狀或情況，本人不會進入任何托兒中心。

簽名

日期

簽名

日期

注意：在進入本中心之前，必須簽署此文件並交回給本中心。僅需提供一次已簽名的副本。托兒中心必須留存副本以供記錄之用。