**医疗保健提供者注意须知：其他诊断（不是COVID-19）**

如果您的孩子出现过以下任一症状，则可能有COVID-19以外的其他诊断，在这种情况下，此表格必须由您孩子的医疗保健提供者（医生、护理医师或医生助理）填写并签署，然后才能在缺勤或被送回家后重返学校：

* 发热/寒颤（超过100.4°F）
* 咳嗽
* 呼吸急促/呼吸困难
* 疲劳
* 肌肉/身体疼痛
* 头痛
* 味觉或嗅觉丧失
* 咽喉痛
* 鼻塞/流鼻涕
* 恶心/呕吐
* 腹泻

**家长**，请注意： 如果您选择：

* 不让医疗保健提供者检查您的孩子，以排除发热和/或其他病症的原因，**或**
* 不让您的孩子进行COVID-19检测，或者如果您孩子的检测呈阳性

您的孩子可以返回学校：

|  |
| --- |
| 学生在下述情况后可返回学校： * 无需退烧药，24小时不发烧

**且** * 症状正在好转

**且** * 距离病症出现起已有10天。
 |
|   |

孩子姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

年级： \_\_\_\_\_\_\_\_\_

从学校被送回家的日期或呆在家中的第一天： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**此页由儿童的医疗保健提供者填写并签署。**

❏ 我检查并确认该学生**有其他病症原因**。 学生**没有**进行COVID-19检测。

❏ 我检查并确认该学生**有其他病症原因**。 学生的COVID-19检测呈**阴性**。

学生在下述情况后可返回学校：

* 他们符合非COVID疾病后常规返校规定的要求。

根据上述情况，学生最早返校时间为： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （日期）

医疗保健提供者姓名：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

医疗保健提供者签字：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

请将填写完整的表格返回到： **[Insert contact information]**