DAILY HEALTH CHECK

Name:_____ Building & Office/Room #_____

PUC ID #:_____ Date of Birth: _____ Cell Number: _____

Please complete this form as instructed by your Employer, Residence Hall Dean, or Health Services

You will be required to take your temperature twice a day, preferably at the same time each day. DO NOT use anyone else's thermometer or loan your thermometer to anyone else. If you have a temperature of 100.4 or higher, immediately contact Health Services at (707) 965-6339 during the day or (707) 965-6789 in the evening for further instructions.

Day # (from last contact)	1		2		3		4		5		6		7	
Date														
AM or PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Temperature														
Felt feverish	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Chills	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Sore throat	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Cough	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Difficulty breathing/ shortness of breath	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Headache	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Muscle aches	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Abdominal pain	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Diarrhea	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Vomiting	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Other, specify:_____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

When instructed to complete this form you are not confined to your residence. Please continue to diligently follow all mitigation measures!
(Face coverings when indoors, six feet social distancing, and frequent hand washing).