14-day fever and symptom follow-up form for contacts of COVID-19 cases, days 1-7

Name:	Age (yrs):		Sex: M F Other	
Street address:	City	, State:	Telephone number:	
Where did contact with the case occur:		—— Date of last con	tact with the case (mm/dd/yyyy):	
Take your temperature twice a day, in the mo	orning and in the evening, a	and write it down. Mark	if you have any of the symptoms: circle 'Y' for Ye	es anc
'N' for No. Don't leave any spaces blank .	0		, , , , ,	
If you have a fever or any symptom, immedia	tely call			

Day # (from last contact)		1	:	2	;	3	4	4	5	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
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	ΥN
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	ΥN
Difficulty breathing	Y N	Y N	Y N	ΥN	Y N	ΥN	Y N	Y N	ΥN	Y N	Y N	Y N	ΥN	ΥN
Shortness of breath	Y N	Y N	ΥN	ΥN	Y N	ΥN	Y N	ΥN						
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	ΥN
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	ΥN
Abdominal discomfort	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	ΥN
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
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

14-day fever and symptom follow-up form for contacts of COVID-19 cases, days 8-14

Name:	Age (yrs):		Sex: M F Other	
Street address:	City	, State:	Telephone number:	
Where did contact with the case occur:		Date of last	contact with the case (mm/dd/yyyy):	
Take your temperature twice a day, in the mor	ning and in the eveni	ng, and write it down.	Mark if you have any of the symptoms: circle 'Y' for Yes	and
'N' for No. Don't leave any spaces blank .				
If you have a fever or any symptom immediate	alv call			

Day # (from last contact)		8	9	9	1	.0	1	1	1	2	1	.3	1	.4
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
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
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
Difficulty breathing	Y N	Y N	Y N	ΥN	Y N	Y N	Y N	Y N	ΥN	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Shortness of breath	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	ΥN	ΥN	ΥN	ΥN	ΥN	ΥN
Muscle aches	Y N	Y N	Y N	ΥN	ΥN	Y N	ΥN	Y N	ΥN	Y N	Y N	ΥN	Y N	Y N
Headache	Y N	Y N	Y N	Y N	ΥN	Y N	ΥN	Y N	Y N	ΥN	Y N	Y N	Y N	Y N
Abdominal discomfort	Y N	Y N	Y N	ΥN	Y N	Y N	Y N	Y N	ΥN	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
Diarrhea	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	ΥN	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N