

Unit Number:

Date:

## Fire Mountain Scout Camp Unit Medical Screening Checklist

*(To be used in conjunction with the Pre-Event Medical Screening Checklist)*

### Question Details:

1. Have you been in contact with anyone who has COVID-19 or is otherwise sick?
2. Have you, or anyone you have been in close contact with, traveled on a cruise ship, internationally, or to an area with a known communicable disease outbreak – hot spot - in the last 14 days?
3. Are you in a higher risk category as defined by the CDC Guidelines?
4. Do you have a fever of 100.4 degrees or higher?
5. Do you have any two or more of these symptoms: new/worse cough or breathing trouble, new loss of taste or smell, unexplained extreme fatigue or muscle pains, rash, or sore throat

	Name	Youth/Adult	Question 1	Question 2	Question 3	Question 4	Question 5
			Contact with ill person	Contact or travel to hot spot	Higher risk	Fever	Two or more symptoms
1.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
2.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
3.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
4.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
5.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
6.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
7.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
8.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
9.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
10.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
11.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
12.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
13.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
14.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
15.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
16.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
17.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
18.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
19.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N
20.			Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N