Borough of River Edge
705 Kinderkamack Rd., River Edge, NJ 07661
Covid-19 Daily Check-in

Activity: _____ **Date:** _____
Location:_____
Employee/Volunteer Screening: _____

STOP **100.4 Fever**

	Participant/Volunteer Name (First & Last)	Minor	Adult	Temperature	Fever Reducing Medication Administered?	Any of the following symptoms: *Fever/chills, Cough, Shortness/difficulty breathing, Fatigue, Muscle/ body aches, Headache, loss of taste/ smell, Sore throat, Congestion, runny nose, nausea/vomiting, diarrhea*	Household Members with Symptoms?	Close Contact with Anyone Diagnosed with COVID19 in the Past 14 Days?	Excluded?
1		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
2		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
3		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
4		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
5		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
6		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
7		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
8		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
9		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
10		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
11		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
12		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
13		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
14		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
15		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
16		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
17		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
18		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
19		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
20		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
21		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
22		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
23		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
24		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes
25		☐	☐		☐No ☐Yes	☐No ☐Yes:	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes

If Fever of 100.4, or answers yes to any of the above. Immediately send participant home or to healthcare facility.
Notify your COVID-19 contact person and email COVID-19 Report Form to Carolyn Baldanza at cbaldanza@riveredgenj.org