**DAILY ACTIVE MONITORING:**

Please take your temperature twice a day, in the morning and in the evening, and write it down including the time. 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 listed, immediately call your medical provider or Southwest Nebraska Public Health Department at 308-345-4223.

Date Active Monitoring Began: _____ Date Active Monitoring Will End: _____

| 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 |
| 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/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 |
| Muscle aches/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 |
| 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 | 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 | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |

| Day # (from last contact) | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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/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 |
| Muscle aches/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 |
| 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 | 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 | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |