Herramienta de evaluación COVID-19 para empleados

Nombre del empleado: _____

Si responde “Si” a cualquiera de las preguntas de abajo, por favor PARE y llame a su oficina inmediatamente antes de proveer cuidados al cliente.

1. Tiene alguno de los siguientes signos/síntomas que representan un cambio en su condición normal?
   - Fiebre o escalofríos
   - Tos
   - Dificultad para respirar o siente que le falta el aire
   - Fatiga
   - Dolores musculares o corporales
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Nueva pérdida del gusto u olfato
   - Congestión o moqueo
   - Nausea o vómitos
   - Diarrea

2. En los últimos 10 días usted ha:
   - Testeado positivo por COVID-19
   - Sido testeado por COVID-19 porque ha desarrolado sintomas y está esperando resultados
   - Sido requerido a hacer auto-cuarentena

3. ¿Ha estado en contacto con alguien en los pasados 10 días que se presume positivo o ha salido positivo de infección COVID-19?

4. En los ultimos 10 dias, ha viajado a otro estado o ha viajado internacionalmente?