



**BAYADA**<sup>®</sup>  
Home Health Care

## 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
  - Náusea o vómitos
  - Diarrea
2. En los últimos 14 días usted ha:
  - Testeado positivo por COVID-19
  - Sido testeado por COVID-19 porque ha desarrollado síntomas y está esperando resultados
  - Sido requerido a hacer auto-cuarentena
3. ¿Ha estado en contacto con alguien en los pasados 14 días que se presume positivo o ha salido positivo de infección COVID-19?
4. En los últimos 14 días, ha viajado a otro estado o ha viajado internacionalmente?