

COVID-19 QUESTIONARIO DE DETECCION

POR FAVOR SELECCIONE CUALQUIER SÍNTOMA QUE ESTÉ EXPERIMENTANDO ACTUALMENTE:

Marque cualquier síntoma que esté experimentando actualmente.

Temperatura de 100.4 ° F o más

Dolor de cabeza

Dolor de garganta

Nariz con cáтары

Presion en el pecho

Pérdida de olfato o sabor

Náuseas o vómitos

Fatiga

Tos

Estornudos

Dificultad para respirar

Cuerpo cortado

Diarrea

LECTURA DE
TEMPERATURA:

Notas: _____

Si No ¿Ha tenido una exposición reciente (en los últimos 10 días)?

En caso afirmativo, me he puesto en contacto con un miembro de la gerencia con respecto a mi exposición y he sido aprobado para presentarme a trabajar.

Si No Me hicieron pruebas fuera de Sun Health en los últimos 14 días.

En caso afirmativo, le he informado a mi supervisor.

Miembros del equipo de Sun Health: notifique a su supervisor si presenta síntomas.

NOMBRE [escrito]

FIRMA

TÍTULO DE TRABAJO [SI ES APLICABLE]

RAZON DE LA VISITA

FECHA

HORA

Durante la pandemia de COVID-19, este cuestionario es parte de las medidas de seguridad recomendadas por nuestro departamento de salud local y estatal, los CDC y CMS para proteger la salud y la seguridad del personal y los residentes. Este formulario de evaluación se almacenará en un lugar seguro. Al firmar este formulario, afirmo que mis respuestas a estas preguntas son precisas y verdaderas. Si se descubre que falsifiqué estas respuestas, puedo estar sujeto a medidas disciplinarias que pueden incluir el despido.

To be completed by screener / Para ser completado por el examinador:

Mis iniciales indican que he revisado este formulario por cualquier inquietud relacionada con COVID.

Iniciales del evaluador (en letra de imprenta): _____



Sun Health[®]

Revised 2/02/2022