

Lista de revisión para COVID-19

ALTO: Todo visitante tiene que completar la revisión antes de entrar a este sitio

FAVOR DE LEER CADA PREGUNTA CON CUIDADO

Para mas información, contacta: _____

Nombre y Número

<p>En las ultimas 48 horas, ha sentido cualquiera de los síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre o resfríos • Tos • Falta de aire o se le ha hecho difícil respirar • Fatiga • Dolor muscular o corporal • Dolor de cabeza • Nueva perdida del olfato o del paladar • Dolor de la garganta • Congestión o moco • Náuseas o vómito • Diarrea 	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>¿Dentro de los últimos 14 días, ha tenido contacto (una distancia de 6 pies o menos y por lo menos por 15 minutos) con una persona que a base de pruebas laboratoriales se haya confirmado que tienen COVID-19 o con alguien que tiene algunas de los síntomas de COVID-19?</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>¿Se está aislando o está en cuarentena porque está preocupado que haya estado expuesto a alguien con COVID-19 o está preocupado que quisa tenga COVID-19?</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>¿Actualmente está esperando los resultados de un examen de COVID-19?</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>

<p>¿Contesto NO a TODAS LAS PREGUNTAS?</p>	<p>Acceso a este sitio de trabajo esta APROVADO. Gracias por ayudarnos protegerlo a usted y a los demás durante estos tiempos.</p>
<p>¿Contesto SI a CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS?</p>	<p>Acceso a este sitio de trabajo NO ESTA APROVADO.</p>