

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE BIENESTAR (VISITANTE)

Su seguridad es nuestra prioridad. Estamos examinando a los empleados, estudiantes y visitantes en busca de signos de virus. Por favor responda a las preguntas a continuación, proporcione su nombre y fecha, ¡ Gracias!

EZID Label

	SÍ	NO
<ul style="list-style-type: none"> ¿En los últimos 10 días, ¿has tenido usted el COVID-19? ¿Actualmente un proveedor de atención médica o un funcionario de salud pública le indica que se aíse o lo ponga en cuarentena? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfriamientos o Fiebre de 100 grados o más Pérdida del Sabor o del Olfato Dolor Muscular o Dolores de Cabeza Toz o Secreción Nasal o Dolor de Garganta Dificultad para Respirar o Falta de Aire Conjuntivitis (inflamación del ojo incluyendo enrojecimiento, picazón y desgarro) junto con sensación de fiebre. Síntomas gastrointestinales como Dolor Abdominal o Diarrea o Naúseas o Vómitos 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Complete esta sección si NO está completamente vacunado *:</p> <ul style="list-style-type: none"> En los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto cercano con una persona conocida por tener COVID-19? ¿Ha viajado en los últimos 10 días (si no ha tenido una prueba de covid negativa) o 7 días (si ha recibido una prueba de covid negativa al menos 3 días después de regresar)? <p><small>* Totalmente vacunado significa 2 semanas después de su segunda dosis en una serie de 2 dosis, como las vacunas Pfizer o Moderna, o 2 semanas después de una vacuna de dosis única, como la vacuna Janssen de Johnson & Johnson.</small></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(Continúa en la siguiente página)



Patient Verbalized?

YES

NO

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE BIENESTAR (VISITANTE)

(Continuación de la página anterior)

CONTACTO EN EL CAMPUS:

Nombre del contacto en el campus

Número de teléfono del contacto en el campus

Correo electrónico del contacto en el campus

Ubicación de la visita al campus

Nombre completo con letra de molde

Número de teléfono

Correo electrónico

Fecha

Firma



Patient Verbalized?

YES

NO

V 06-29-21