TRI DELTA HOUSING

COVID-19 EXÁMEN DE SALUD DE 30 DÍAS

Nombre del empleado: _____ Cargo: _____ Ubicación:_____

En las últimas 24 horas, ¿ha experimentado:

Fecha	Se sintió febril	Tos nueva o que empeora	Dificultad para respirar	Dolor de garganta	Diarrea	Contacto cercano con alguien que dio positivo	Viajó en avión
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

Si responde **"sí"** a cualquiera de los síntomas enumerados anteriormente, o si su temperatura es de **100.4°F ó más,** por favor no se informe a trabajar. Siga las pautas de los CDC y comuníquese con el consultorio de su médico de atención primaria para recibir instrucciones.

Confirmo que he completado esta evaluación yo mismo y que he respondido a estas preguntas diariamente y honestamente al llegar al trabajo.

Firma del empleado:	*Fecha:*