



Hora de registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_ Capacitación completada:  Sí  No

Máscara proporcionada:  De tela  De uso médico  Máscara(personal) propia

Nombre del agente de control (impreso): \_\_\_\_\_ Firma del agente de control: \_\_\_\_\_

Office of Human Resources

Elija uno:  Empleado  Estudiante  Contratista  Comerciante  Otro \_\_\_\_\_

Área de visita/trabajo:  Oficinas  Recursos Humanos  Librería  Informática IT  Biblioteca  Learning Lab  Cyber Lab

Servicios estudiantiles:  Admisiones  Consejería  Ayuda financiera  Centro de exámenes

Edificio:  A  B  C  D  E  F  G  H  J  K  M  N  S  T Otros lugares: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Identificación del empleado/estudiante: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- 1. ¿Está usted enfermo/a o cuida a alguien que está enfermo?  Sí  No
2. Yo afirmo que no he tenido fiebre durante al menos (3) días y no he tomado medicamento para reducir la fiebre durante este tiempo.  Sí  No
3. ¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas?
 Tos  falta de aliento o dificultad para respirar
 Escalofríos  Temblor repetido con escalofrío
 Dolor de cabeza  Sensación de fiebre o una temperatura medida mayor o igual a 100,0 grados Fahrenheit
 Dolor muscular  Contacto cercano evidente con una persona que ha sido confirmada COVID-19 en un laboratorio en los últimos 14 días
 Dolor de garganta  Ninguno de los anteriores
 Pérdida de gusto u olfato
 Diarrea
4. ¿Necesitará usted una adaptación debido a una o más de las siguientes categorías de alto riesgo?  Sí  No
 65 años o mayor de edad  Diabetes
 Enfermedad pulmonar crónica  Enfermedad renal crónica sometida a diálisis
 Asma  Enfermedad hepática
 Enfermedad cardiovascular crónica  Sistema inmunológico debilitado
 Obesidad severa  Ninguno de los anteriores

Complete Solamente si Empleado/Estudiante regresa después de exhibir síntomas:

5. Fecha en que se envió el empleado a casa: \_\_\_\_\_ Fecha en que el empleado volvió al trabajo: \_\_\_\_\_

6. Mis síntomas respiratorios (tos y falta de aliento) han mejorado.  Sí  No  N/A Fecha en que los síntomas respiratorios empezaron a mejorar: \_\_\_\_\_

7. Al menos diez días han pasado desde que mi fiebre y/o síntomas respiratorios comenzaron  Sí  No  N/A Fecha en que mi fiebre y/o síntomas respiratorios comenzaron: \_\_\_\_\_

Un empleado enviado a casa con fiebre puede regresar al trabajo cuando:

- Él o ella no haya tenido fiebre por lo menos tres días sin tomar medicamentos para reducir la fiebre durante ese tiempo; Y
- Cualquier síntoma respiratorio (tos y falta de aliento) ha mejorado; Y
- Han pasado al menos diez días desde que comenzaron los síntomas.
- El empleado puede volver al trabajo antes si un médico confirma que la causa de la fiebre del empleado u otros síntomas no es COVID-19 y proporciona una liberación por escrito para que el empleado regrese al trabajo

---

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_