**MONITOREE SUS SÍNTOMAS: examen personal**

Para garantizar la seguridad de nuestros visitantes, empleados, sus familias y el público, el CDC las recomienda y nuestra compañía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha desarrollado pautas para la autoevaluación cada mañana. Por lo tanto, a partir de mañana por la mañana, sábado 14 de marzo de 2020, comenzaremos la autoevaluación antes de informarnos a trabajar.

Si está enfermo o sospecha que está infectado con COVID-19, la compañía recomienda que utilice esta herramienta de detección antes de presentarse a trabajar.

Los empleados de \_\_company name\_\_\_\_\_se dirigen a la autoevaluación utilizando el cuadro a continuación y si cumple con cualquiera de los primeros puntos de la pregunta uno, debe llamar a un enfermo, quedarse en casa y notificar a su supervisor inmediato. El personal que cumpla con dos o más de los síntomas de la pregunta 1 y con cualquiera de las otras preguntas deberá seguir las instrucciones anteriores, así como aislarse y comunicarse con su proveedor de atención médica para recibir asesoramiento médico.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? |  |  |
| * Fiebre> 38 ° C-100.4 ° F o fiebre subjetiva (se siente febril) | **Si** | **No** |
| * Tos seca | **Si** | **No** |
| * Falta de aliento / dificultades para respirar | **Si** | **No** |
| * Otros síntomas como dolores musculares, fatiga, dolor de cabeza, dolor de garganta, secreción nasal, diarrea. Tenga en cuenta que los síntomas en niños pequeños y adultos jóvenes pueden ser inespecíficos, p. letargo, pérdida de apetito. | **Si** | **No** |
|  | ¿Ha viajado en los últimos 14 días a China, Irán o Italia o algún otro condado infectado? | **Si** | **No** |
|  | ¿Ha viajado en los Estados Unidos en los últimos 14 días a otros estados infectados? | **Si** | **No** |
|  | ¿Ha tenido contacto cercano (contacto cara a cara dentro de los 2 metros / 6 pies) con alguien que está enfermo de tos y / o fiebre que ha viajado dentro de los 14 días anteriores al inicio de su enfermedad? (El contacto puede ser en otros estados / regiones o durante el viaje) | **Si** | **No** |
|  | ¿Ha estado en contacto en los últimos 14 días con alguien que se confirma que es un caso de COVID-19? | **Si** | **No** |
|  | ¿Ha tenido exposición mientras trabajaba directamente con la Persona bajo investigación (PUI) que se sabe que contiene COVID-19? | **Si** | **No** |

Utilice las recomendaciones de los CDC para detener la propagación de la enfermedad:

 Directrices de los CDC <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/steps-when-sick.html/>

Por la presente declaro que: según mi leal saber y entender, lo anterior es verdadero y preciso.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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