

Evaluación de Salud Para Contratista o Visitante

La seguridad en el lugar de trabajo sigue siendo una de las principales prioridades de *Dwelling Place*. Para evitar la propagación de COVID-19, estamos realizando un simple cuestionario antes de su ingreso al edificio. Su participación es necesaria e importante para ayudarnos a tomar medidas de precaución para protegerlo a usted y a otros en nuestros lugares de trabajo.

Nombre de Contratista o Visitante:	Número de teléfono (móvil / hogar):
Propiedad:	Nombre del personal / revisor:
Fecha y hora de entrada:	

Auto-declaración por Contratista o Visitante

1	¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas? Fiebre de 100.4 o superior <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos (excluyendo tos crónica debido a una preocupación médica que no sea COVID-19) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de aliento o dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diarrea (excluyendo diarrea debido a una preocupación médica que no sea COVID-19) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escalofríos o temblores repetidos con escalofríos. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nueva pérdida de sabor u olor. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.	¿Ha tenido contacto cercano en los últimos 14 días con alguien diagnosticado con COVID-19 o que ha experimentado síntomas relacionados con COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nota: Este formulario debe ser completado por cada día que está presente en el edificio y será revisado por un representante del personal para determinar el acceso a la propiedad. La información recopilada en este formulario se usará solo para determinar si usted puede ingresar al edificio.

Firma (Contratista o Visitante): _____

Fecha: _____

Firma (Personal): _____

Fecha: _____