

Evaluación de Salud Para Residentes

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 de evaluación antes de que el personal ingrese a su residencia. 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 del residente:	Número de teléfono (móvil / hogar):
Propiedad:	Nombre del personal / revisor:
Fecha y hora de entrada:	

Auto-declaración por Residente

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

Nota: Este formulario debe ser completado por cada residente presente el día en que el personal esté en el lugar para trabajar en una solicitud de mantenimiento y revisado por un representante del personal para determinar el acceso a la residencia. La información recopilada en este formulario se usará solo para determinar si el personal puede ingresar a la residencia.

Firma (Residente): _____

Fecha: _____

Firma (Personal): _____

Fecha: _____

Acceso a la residencia (circule uno):

Aprobado

Denegado