PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE COVID-19 PARA EMPLEADOS

ESTE CUESTIONARIO SE DEBE REALIZAR CON CADA EMPLEADO QUE ENTRE A ESTE ESTABLECIMIENTO

Si el empleado responde "si" a cualquiera de estas preguntas, es recomendable que se vayan a casa, que estén alejados de otras personas, que contacte a su supervisor para discutir sus opciones para trabajar a distancia o para obtener tiempo libre, y que notifique a su proveedor de salud o a las autoridades locales de salud para recibir más instrucciones.

FECHA	HORA	NOMBRE	¿Ha tenido síntomas de COVID-19 en las últimas 48 horas?*	¿Ha tenido contacto con alguien que haya sido diagnosticado o que tenga síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días?	¿He estado en aislamiento o en cuarentena porque fue expuesto a COVID-19? ¿Está preocupado porque cree estar enfermo de COVID-19?	¿Está esperando resultados de una prueba de COVID-19?
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

* Síntomas de COVID-19 incluyen: Fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar (sentir que le falta el aire), dolores musculares y corporales, dolor de cabeza, pérdida reciente del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión o moqueo, náuseas o vómitos, diarrea

NEVADA HEALTH RESPONSE