

EMPLEADO DE EXAMEN DIARIO

SIGNOS DE ENFERMEDAD Fiebre, escalofríos, tos, fatiga, diarrea, dolor de la cabeza, dolor de la garganta, confusión o mareo. náusea o vómito, congestión o moqueo nasal, temblor recurrente con escalofríos, falta de aire o dificultad para respirar, dolor de los músculos o del cuerpo, nueva pérdida del sentido del gusto o del olfato		CUIDADOR O EXPOSICIÓN Provee cuidado a una persona enferma o ha tenido una exposición conocida a una persona positiva para la COVID-19		FECHA	FIRMA DEL EMPLEADO
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	SÍ	NO		
SÍ	NO	Y	N		