Formulario de examen de salud del empleado o la empleada sobre la COVID-19
(Revisado 8/13/20)

Programa: **Persona que completa el formulario:** **Fecha:**

Examine a cada empleado/a para verificar si tiene síntomas de la COVID-19 antes de que empiece su turno. Pregunte sobre cualquier síntoma que haya tenido desde el último turno realizado hasta la fecha. Escriba una respuesta (s= sí, n=no) para cada síntoma de cada empleado/a. Si el empleado/a informa sobre cualquier síntoma nuevo o cambio en los síntomas habituales, **pídale que regrese a su casa Y:**

1. Documente todos los síntomas de la enfermedad en su registro de enfermedades.
2. Pida que consulte a un proveedor de atención médica sobre la prueba de COVID-19 y los próximos pasos a seguir para el tratamiento.
3. Cumpla las directrices del CDPHE sobre exclusión y el regreso al trabajo https://covid19.colorado.gov/cases-and-outbreaks-child-care-schools

Comuníquese con Salud Pública del condado de Boulder (BCPH) por **HealthECECOVID@bouldercounty.org** si necesita orientación adicional.

Nombre del empleado o la empleada	Fiebre de 100.4°F o superior		Tos reciente o empeoramiento de la tos		Disnea o dificultad para respirar		Escalofríos		Dolores musculares		Dolor de garganta		Pérdida reciente del gusto o el olfato		¿Miembro del hogar o contacto cercano con COVID-19 en las últimas 2 semanas?		**Otros síntomas***
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	

*** Los síntomas de la COVID incluyen: fiebre o escalofríos, tos, disnea, dificultad para respirar, cansancio, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida reciente del gusto o el olfato, dolor de garganta, resfrío o goteo nasal, náuseas o vómitos, y diarrea**