

# CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE BIENESTAR (VISITANTE)

Su seguridad es nuestra prioridad. Estamos examinando a los empleados, estudiantes y visitantes en busca de signos de virus. Por favor responda a las preguntas a continuación, proporcione su nombre y fecha, ¡ Gracias!

EZID Label

	SÍ	NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>¿En los últimos 10 días, ¿has tenido usted el COVID-19?</li> <li>¿En los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto cercano con una persona que se sabe que tiene COVID-19?</li> <li>¿Actualmente un proveedor de atención médica o un funcionario de salud pública le indica que se aísle o lo ponga en cuarentena?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>Actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Enfriamientos</b> o <b>Fiebre</b> de 100 grados o más</li> <li>Pérdida del <b>Sabor</b> o del <b>Olfato</b></li> <li><b>Dolor Muscular</b> o <b>Dolores de Cabeza</b></li> <li><b>Toz</b> o <b>Secreción Nasal</b> o <b>Dolor de Garganta</b></li> <li><b>Dificultad para Respirar</b> o <b>Falta de Aire</b></li> <li><b>Conjuntivitis</b> (inflamación del ojo incluyendo enrojecimiento, picazón y desgarro) junto con sensación de fiebre.</li> <li>Síntomas gastrointestinales como <b>Dolor Abdominal</b> o <b>Diarrea</b> o <b>Naúseas</b> o <b>Vómitos</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## CONTACTO EN EL CAMPUS:

Nombre del contacto en el campus

Número de teléfono del contacto en el campus

Correo electrónico del contacto en el campus

Ubicación de la visita al campus

Nombre completo con letra de molde

Número de teléfono

Correo electrónico

Fecha

Firma

Patient Verbalized?



YES

NO