

Fecha: _____

Herramienta de evaluación

Nombre de la persona: _____

Por favor avísenos si ha tenido cualquiera de los siguientes:

	SÍ	NO
Fiebre de 100.4° Farenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos/dificultad respiratoria/otro síntoma común del COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía – recientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 14 días, ¿ha regresado de un viaje al exterior, o desde estados o zonas metropolitanas que se consideren lugares de alerta por propagación del COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido contacto con una persona diagnosticada con el Nuevo Coronavirus, (el COVID-19) dentro de los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, no escriba por debajo de esta línea. Para uso oficial únicamente.

Temperatura: _____

Firma del miembro del personal: _____