

Certificación de detección de bienestar

Examen de bienestar para (imprimir) _____, (firma) _____

Fecha de proyección: _____ (Día) _____

1. En las últimas 24 horas, ¿ha experimentado alguno de los siguientes síntomas de una manera que no es normal para usted?

- Fiebre o escalofríos
- tos
- Dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolores musculares o corporales
- Dolor de cabeza
- Nueva pérdida del gusto u olfato
- Congestión o secreción nasal
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

Si No

2. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 o ha dado positivo por usted mismo?

Si No

Wellness Screening Attestation

Wellness screening for (print) _____, (signature) _____

Screening date: _____ (Day) _____

1. In the last 24 hours, have you experienced any of the following symptoms in a way not normal to you?

- Fever or chills
- Cough
- Shortness of Breath
- Fatigue
- Muscle or body aches
- Headache
- New loss of taste or smell
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Nausea or vomiting
- Diarrhea

Yes No

2. In the last 14 days, have you been in close contact with a suspected or confirmed case of COVID-19 or tested positive yourself?

Yes No