

## COVID-19 Evaluación diaria de enfermedades/salud

Los empleados deben completar esta evaluación de enfermedad/salud todos los días antes de comenzar el trabajo. Esta evaluación es vital para garantizar la salud y el bienestar de cada empleado y nuestra empresa. El Superintendente/Foreman del Sitio completará este formulario haciendo a cada uno de sus empleados las siguientes preguntas: **Un empleado que responda SI a cualquier pregunta no podrá quedarse en el trabajo y debe regresar inmediatamente a casa.**

1. ¿Tienes algún síntoma como fiebre, tos, dificultad para respirar o enfermedades respiratorias?
2. ¿Ha estado en estrecho contacto\*\* con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19?
3. ¿Ha estado en estrecho contacto con alguien que pueda tener COVID-19, pero aún no ha sido confirmado?
4. ¿Está actualmente en estrecho contacto con alguien, como un miembro de la familia que está experimentando síntomas o ha sido confirmado como positivo para COVID19?
5. ¿Ha viajado recientemente hacia/desde cualquiera de las áreas de riesgo de nivel 2 o 3 publicadas por los CDC?

Fecha	Nombre de Empleado	Cualquier sí respuesta/ por favor enumere la pregunta	Iniciales del Super/Foreman

\*\*CLOSE CONTACT se define como: Estar dentro de aproximadamente 6 pies de un caso COVID-19 durante un período prolongado de tiempo; contacto cercano puede ocurrir mientras se cuida, vive, visita o comparte un área de espera de atención médica o habitación con un caso COVID-19 o tener contacto directo con secreciones infecciosas de un caso COVID-19 (ser tosido).