



Cuestionario de salud sobre COVID-19

HOC le hace estas preguntas por su seguridad y por la seguridad de los demás integrantes de HOC, como también por la de la comunidad. Resulta importante que responda con precisión, transparencia y honestidad todas las preguntas. A las respuestas se aplicarán las normas de confidencialidad para registros médicos en el lugar de trabajo. Cada cuestionario recibirá una evaluación de “autorizado” o “no autorizado” para trabajar y el personal de HOC le comunicará la condición de su cuestionario. Las personas que tengan la condición de “autorizado” continuarán con el proceso de HOC si también han firmado el Acuerdo de salud y seguridad para la COVID-19. El personal de HOC se pondrá en contacto con las personas con condición de “no autorizado” y verificará dicha situación.

Información acerca de su salud

¿**Actualmente** experimenta alguno de los siguientes síntomas? Fiebre o escalofríos, una tos reciente, falta de aire/dificultad para respirar, fatiga, dolores corporales, dolor de cabeza, pérdida reciente de gusto u olfato, dolor de garganta, congestión/goteo nasal, náuseas o vómitos, diarrea.

Sí* No

*Si la respuesta es afirmativa, indique qué síntomas: _____

En los **últimos 10 días** ¿experimentó algunos de los síntomas

Sí* No

*Si la respuesta es afirmativa, indique qué síntomas: _____

En los **últimos 10 días**, ¿experimentó algunos de los siguientes síntomas?

Tos Fiebre* Tos y fiebre* Ninguno

*Si la respuesta respecto de la fiebre es afirmativa, ¿han transcurrido al menos 3 días desde que 1) no presenta fiebre (sin que haya utilizado medicamentos para la reducción de la fiebre) Y 2) haya habido

Sí No

¿Se le ha diagnosticado COVID-19?

Sí* No

*Si la respuesta es afirmativa, ¿cumple con los siguientes requisitos de “regreso al trabajo”?

1) Prueba positiva con síntomas: 3 días sin fiebre y mejoría de los síntomas y 10 días desde la última manifestación de síntomas.

2) Prueba positiva sin síntomas: 10 días desde una prueba con resultado positivo y, luego, 2 pruebas negativas en el plazo de 24 horas.

Sí No

¿Habitualmente tiene los síntomas indicados anteriormente que no se relacionen con la COVID-19? Eso no lo excluirá de HOC. Infórmelo ahora para evitar confusiones durante verificaciones diarias de salud.

Sí No

*Si la respuesta es afirmativa, indique qué síntomas: _____

Información acerca de su salud (continuación)

¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona a la que se le haya diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días?

Sí No

¿Ha tenido contacto estrecho con alguna persona que haya tenido síntomas relacionados con la COVID-19 en los últimos 14 días?

Sí No**Información acerca de usted**

¿Cómo viajará hasta HOC y de regreso? Marque todas las opciones que correspondan.

 Autobús de transporte público
(Cascade East Transit Bus) Transporte facilitado por un miembro de mi
grupo familiar A pie o en bicicleta Automóvil compartido con un compañero de trabajo Vehículo personal Otro (explique): _____

Si se enferma y debe abandonar el trabajo, ¿hay alguna persona que pueda presentarse a recogerlo?

 Sí* No

*Si la respuesta es afirmativa, brinde la siguiente información:

Nombre del contacto: _____

Número de teléfono del contacto: _____

¿Ha leído la lista de grupos de alto riesgo de la COVID-19 (que se encuentra en el acuerdo de salud y seguridad y en el sitio web de los CDC)?

 Sí y me gustaría continuar con el proceso de contratación. Sí y me gustaría retirarme del proceso de contratación. Sí y me gustaría hablar con HOC para saber si hay adaptaciones disponibles. No, no lo he leído.

¿Utiliza un inhalador?

 Sí No

¿Necesita alguna adaptación para utilizar una mascarilla y/o comunicarse con los demás mientras utilice una mascarilla de manera segura a raíz de una afección médica o una discapacidad documentada?

 Sí* No

* En caso afirmativo, HOC se pondrá en contacto con usted para
conversar sobre este asunto en más detalle.

Solo para uso administrativo Autorizado NO AUTORIZADO preliminar NO AUTORIZADO definitivo

Notas:
