



**CUESTIONARIO PARA EMPLEADOS**

Gracias por tomar el tiempo para mantener segura nuestra comunidad escolar.

**1. Alguna de las siguientes declaraciones son verdaderas?**

- He salido positivo en una prueba de COVID-19 en los últimos 14 días (2 semanas).
- Me he hecho prueba de COVID-19 por que he tenido síntomas, pero todavía estoy esperando mis resultados.

Sí, una de las declaraciones anteriores es verdadera

No

**2. ¿Vive con alguien que tiene síntomas de COVID-19 y:**

- está esperando tomar una prueba de COVID-19, o
- está esperando sus resultados de prueba, o
- tiene un diagnóstico confirmado de COVID-19

Sí

No

**3. ¿En las últimas 24 horas se ha sentido con fiebre o ha tenido alta temperatura de más de 100.4° F?**

Sí

No

**4. ¿En las últimas 24 horas, ha tenido usted, o alguien en su hogar, alguno de los siguientes síntomas que no estén relacionados con cualquier otra condición?**

- Fiebre o escalofríos
- Nueva tos
- Dificultad al respirar o falta de aire
- Dolor muscular
- Pérdida de gusto u olfato
- Diarrea o vómito

Sí

No

**5. ¿En los últimos 10 días, ha estado en contacto cercano (dentro de 6 pies por 15 minutos o más) con alguien que ha salido positivo de COVID-19 o es miembro de una clase o grupo con exposición a un empleado potencialmente infectado?**

Sí

No

**6. ¿Está actualmente en aislamiento o cuarentena?**

Sí

No