**COVID-19 DAILY HOME HEALTH CHECK**

**PLEASE REVIEW THE FOLLOWING QUESTIONS DAILY.
IF YES TO ANY, PLEASE STAY HOME AND NOTIFY YOUR SUPERVISOR**

Are you experiencing any of the following?



**HEADACHE**

**SORE THROAT**

**FEVER (100.4+)**

**SHORTNESS OF BREATH**

**COUGH**

Have you been in close contact with anyone who has been diagnosed with COVID-19?

Yes [ ]  No [ ]

Having direct contact with infectious secretions of a COVID-19 case (e.g. being coughed on)

Yes [ ]  No [ ]

Have you been in close contact with anyone who may have COVID-19 but is yet to be confirmed?

Yes [ ]  No [ ]

Are you currently in close contact with anyone, such as a family member, who is experiencing symptoms or has been confirmed as positive for COVID-19?

Yes [ ]  No [ ]

If **YES** to any of the above questions, please stay at home and notify:

Supervisor Name:

Phone:

Email:

Human Resources Name:

Phone:

Email:

**COVID-19 VERIFICACIÓN DIARIA DE SALUD EN CASA**

**POR FAVOR REVISE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DIARIAMENTE.
EN CASO AFIRMATIVO, QUÉDESE EN CASA Y NOTIFIQUE A SU SUPERVISOR.**

¿Usted está experimentando cualquiera de los siguientes sintomas?



**DOLOR DE CABEZA**

**DOLOR DE GARGANTA**

**FIEBRE (100.4+)**

**DIFICULTAD PARA RESPIRAR**

**TOS**

¿Has estado en contacto cercano con alguien a quien se le haya diagnosticado COVID-19?

Si [ ]  No [ ]

Tener contacto directo con secreciones infecciosas de un caso COVID-19 (por ejemplo, toser)

Si [ ]  No [ ]

¿Has estado en contacto cercano con alguien que pueda tener COVID-19 pero aún no se ha confirmado?

Si [ ]  No [ ]

¿Actualmente está en contacto cercano con alguien, como un miembro de la familia, que está experimentando síntomas o ha sido confirmado como positivo para COVID-19?

Si [ ]  No [ ]

Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, quédese en casa y notifique a:

Nombre del Supervisor(a):

Teléfono:

Correo Electrónico:

Nombre de Recursos Humanos:

Teléfono:

Correo Electrónico: