

**DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE ARLINGTON  
CUESTIONARIO DE SELECCIÓN COVID-19**

Con el fin de prevenir la propagación del COVID-19 y reducir el riesgo potencial de exposición de nuestros empleados, les pedimos a todos que completen y envíen este cuestionario al ingresar a un edificio de Arlington. **Responda cada una de las siguientes preguntas con sinceridad y lo mejor que pueda.** Su participación es importante para ayudarnos a tomar medidas de precaución para protegerlo a usted y al resto de nuestros empleados.

Nombre:	Fecha de hoy:
Número de teléfono (móvil / casa):	
Edificio Arlington:	
1 ¿Está experimentando actualmente, o ha experimentado en los últimos 10 días, alguno de los siguientes síntomas? <b>(Tómese la temperatura antes de responder esta pregunta).</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fiebre (más de 100 ° F) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta de aire o dificultad para respirar Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor de garganta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nueva pérdida del gusto u olfato Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Escalofríos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor muscular o corporal o dolor de cabeza Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fatiga Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nauseas, vomitos o diarrea	
2 ¿se le ha designado un contacto (normalmente definido por 6 pies o más cerca durante al menos 10 minutos) de una persona que se sabe que tiene una prueba COVID-19 positiva confirmada por laboratorio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3 ¿Ha dado positivo en una prueba de diagnóstico de COVID-19 en los últimos 10 días o está esperando los resultados de una prueba de COVID-19? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**Certificación**

**Por la presente certifico que las respuestas proporcionadas anteriormente son verdaderas y precisas según mi leal saber y entender.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Acceso al edificio (circule uno): Aprobado

Denegado

Revisado el 5/5/21