Employee Health Screening Form

Nombre del negocio: _____ Persona encargada (completando la forma): _____ Fecha: _____

Realice un examino a cada empleado para estos síntomas antes de comenzar su turno y después de completar cada turno. Haga un círculo con una respuesta (sí, no) para cada síntoma para cada empleado. Si un empleado informa de alguno de los síntomas:

1. Envíe al empleado a casa inmediatamente
2. Aumente la limpieza en sus instalaciones y promover el distanciamiento social (personal al menos 6 pies de distancia entre sí)
3. Excluya a los empleados hasta que estén libres de fiebre (sin medicación) durante 72 horas y hayan transcurrido 7 días desde su primer síntoma
4. Si varios empleados tienen estos síntomas, comuníquese con su departamento de salud local

Nombre del empleado	**Antes del turno**				**Al final del turno**				**Notas** (describir otros síntomas)
	Fiebre	**Tos**	**Falto de aliento**	**Otros síntomas**	**Fiebre**	**Tos**	**Falto de aliento**	**Otros síntomas**	
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	