

SUNY Purchase College: Cuestionario diario de detección de COVID-19

Como usted sabe, debido a la pandemia COVID-19, las empresas y los empleadores están obligados a poner nuevas medidas en su lugar para cumplir con las regulaciones establecidas por el estado de Nueva York. Uno de estos requisitos es un examen de salud diario **obligatorio**. Para cumplir con este requisito, el Colegio ha desarrollado este cuestionario. Los empleados también tienen la opción de completar un cuestionario electrónico al que se puede acceder en el sitio web del Colegio (Facultad y Personal/Enlaces Rápidos). **(Este enlace es sólo para acceder al cuestionario electrónico.)**

Todos necesita ser un miembro responsable de la comunidad y reconocer la importancia de cumplir y completar el Cuestionario de Selección COVID. Es su responsabilidad completar esta encuesta todos los días de su horario de trabajo/ obligación normal antes de venir al campus o dentro de una hora de llegar al campus. Los supervisores serán responsables de asegurar que sus informes directos completen el cribado diario.

No se compartirá información adicional y no se registrará/almacenará información de salud

Nombre del empleado (Imprimir claramente el nombre complete – primero y ultimo)	
Oficina/Departamento	
Semana de	

Preguntas de selección: Por favor revise las siguientes preguntas.

Si responde "Sí" a cualquier pregunta, no venga a trabajar ni deje el trabajo inmediatamente. Por favor notifique a su supervisor y al Departamento de Recursos Humanos para obtener orientación al 914-251-6086 o 5961. También comuníquese con su proveedor de atención médica primaria, o su Departamento de Salud local: NYS DOH (888) 364-3065, NJ DOH (800) 962-1253, Connecticut DOH (833) 250-7633, Westchester DOH (914-813-5000)

1. ¿Tiene una temperatura igual o superior a 100° F? **(Sí o No)**
2. ¿Vienes o trabajas en el campus hoy? **(Sí o No)**
3. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas (no relacionados con enfermedades crónicas, conocidas o alergias estacionales)? **(Sí o No)**
Los síntomas pueden incluir:
 - o Fiebre o escalofríos
 - o Tos
 - o Nueva pérdida de sabor u olor
 - o Dolor muscular o corporal
 - o Dificultad para respirar o dificultad para respirar
 - o Fatiga
 - o Dolor de cabeza
 - o Dolor de garganta
 - o Congestión o vengo la nariz
 - o Náuseas o vómitos
 - o Diarrea
4. ¿Ha dado positivo en COVID-19 a través de una prueba diagnóstica en los últimos 10 días? **(Sí o No)**
5. ¿Ha tenido contacto cercano con casos COVID-19 confirmados o sospechosos en los últimos 10 días? **(Sí o No)**

Si respondió "No" a "TODAS" de las preguntas anteriores (#s 1-5), puede proceder a su lugar de trabajo. **Si su respuesta a cualquiera de estas preguntas cambia a lo largo de la jornada laboral, debe ponerse en contacto con su supervisor inmediatamente para informarles y salir del campus. El Formulario de Salud del Viajero del NYS se puede descargar desde el siguiente sitio web: <https://coronavirus.health.ny.gov/covid-19-travel-advisory#traveler-health-form>**

Por favor, compruebe que tiene una máscara en su posesión disponible para uso inmediato: ☐

La inicialización a continuación atestigua que **usted no está** experimentando ninguno de los síntomas como se mencionó anteriormente.

	Fecha de finalización (MM/DD/Año)	Iniciales
Fecha de finalización y iniciales del empleado		

Envíe el formulario completado a su supervisor