

HODGKINS PARK DISTRICT CUESTIONARIO DE SALUD

Si respondió "Sí" a cualquiera de estas preguntas, por favor no ingrese al centro. Por favor, informe al personal si los síntomas comienzan mientras está en el centro.

- ¿Tiene fiebre de 100.4F o más?
- ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas: dolor de garganta, tos, escalofrío, dolores musculares, pérdida de sabor o de olfato, dolor de cabeza o falta de respiración?
- ¿Tiene síntomas gastrointestinales, como diarrea o vómitos?
- ¿Se siente mal?
- ¿Ha sido diagnosticado usted o alguien de su hogar, con COVID-19 en los últimos 14 días?
- ¿Alguien en su hogar tiene alguno de los síntomas mencionados anteriormente?
- ¿A su mejor conocimiento, en los últimos 14 días, ha estado en contacto cercano con alguien que haya dado positivo o haya sido diagnosticado con COVID-19?

Al firmar este formulario usted reconoce que de hecho ha realizado esta autoevaluación y que la información provista anteriormente es verdadera y precisa según sus conocimientos y creencias actuales.

Nombre

Firma (Padre/Madre/Guardian si es menor de 18 anos)

Fecha

Staff Member/Fitness Contractor

HODGKINS PARK DISTRICT CUESTIONARIO DE SALUD

Si respondió "Sí" a cualquiera de estas preguntas, por favor no ingrese al centro. Por favor, informe al personal si los síntomas comienzan mientras está en el centro.

- ¿Tiene fiebre de 100.4F o más?
- ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas: dolor de garganta, tos, escalofrío, dolores musculares, pérdida de sabor o de olfato, dolor de cabeza o falta de respiración?
- ¿Tiene síntomas gastrointestinales, como diarrea o vómitos?
- ¿Se siente mal?
- ¿Ha sido diagnosticado usted o alguien de su hogar, con COVID-19 en los últimos 14 días?
- ¿Alguien en su hogar tiene alguno de los síntomas mencionados anteriormente?
- ¿A su mejor conocimiento, en los últimos 14 días, ha estado en contacto cercano con alguien que haya dado positivo o haya sido diagnosticado con COVID-19?

Al firmar este formulario usted reconoce que de hecho ha realizado esta autoevaluación y que la información provista anteriormente es verdadera y precisa según sus conocimientos y creencias actuales.

Nombre

Firma (Padre/Madre/Guardian si es menor de 18 anos)

Fecha

Staff Member/Fitness Contractor