



**Departamento de Investigación de la Ciudad de Nueva York
Herramienta de Detección de COVID-19 para Visitantes**

Fecha: _____

Personal/ Unidad de DOI que estas visitando: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

1. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas de COVID-19 en los últimos 5 días:

- Fiebre de 100.0 F o más o escalofríos
- Tos
- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolores musculares o corporals
- Dolor de cabeza
- Pérdida del gusto o el olfato
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

NO. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, y mis síntomas se han resuelto o si todavía tengo síntomas residuales, todos están mejorando, he recibido un resultado negativo en una prueba molecular de COVID-19, he estado sin fiebre durante las últimas 24 horas (sin usar medicamentos para bajar la fiebre), y no tuve contacto cercano con otra persona que tenía COVID-19. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, y mis síntomas se han resuelto o si aún tengo síntomas residuales, todos están mejorando, y han pasado 5 días desde que comenzaron mis síntomas, y he estado sin fiebre durante las últimas 24 horas (sin usar medicamentos para bajar la fiebre). Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, he tenido fiebre pero recibí una vacuna COVID-19 dentro de los 3 días anteriores a cuando comenzó mi fiebre, mi fiebre duró menos de 24 horas, he estado sin fiebre durante las últimas 24 horas (sin usar medicamentos para bajar la fiebre), y no he tenido ninguno de los otros síntomas mencionados anteriormente. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, he tenido fiebre pero recibí una vacuna COVID-19 dentro de los 3 días anteriores a cuando comenzó mi fiebre, mi fiebre duró menos de 24 horas, he estado sin fiebre durante las últimas 24 horas (sin usar medicamentos para bajar la fiebre) y he recibido un resultado negativo en una prueba de diagnóstico de COVID-19. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, y no estoy en las categorías anteriores. Usted **NO** puede visitar este lugar de trabajo en este momento. Vaya a la pregunta #4 y seleccione "No".

2. En los últimos 5 días (días medidos desde el día en que se hizo la prueba, no desde el día en que obtuvo el resultado de la prueba), ¿ha dado positivo por COVID-19, ya sea usando una prueba que usó un hisopo de nariz o garganta, o prueba de saliva (es decir, no un análisis de sangre)?

NO. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, y han pasado 5 días desde que comenzaron mis síntomas, he estado sin fiebre durante las últimas 24 horas (sin usar medicamentos para bajar la fiebre) y otros síntomas están mejorando. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, pero han pasado 5 días desde que di positivo y estoy asintomático. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, y no estoy en las categorías anteriores. Usted **NO** puede visitar este lugar de trabajo en este momento. Vaya a la pregunta #4 y seleccione "No".

3. A lo mejor de su conocimiento, en los últimos 5 días, ¿ha estado en contacto cercano (dentro de 6 pies durante al menos 15 minutos durante un período de 24 horas) con alguien mientras tenía COVID-19?

NO. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, pero estoy completamente vacunado (han pasado 2 o más semanas después de recibir mi segunda dosis en una serie de 2 dosis o 2 o más semanas después de recibir una dosis de una vacuna de dosis única), y he permanecido asintomático desde mi última exposición al COVID-19. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, pero soy asintomático y mi departamento de recursos humanos ha confirmado por escrito que mi presencia física en el lugar de trabajo es fundamental para las operaciones o la seguridad del lugar de trabajo y me proporcionó los requisitos para volver a trabajar después de mi exposición. Vaya a la siguiente pregunta.

SÍ, y no estoy en las categorías anteriores. Usted **NO** puede visitar este lugar de trabajo en este momento. Vaya a la pregunta #4 y seleccione "No".

4. Afirmo que cumpliré con la política de cobertura facial de la Ciudad.

La política de la Ciudad es que todos los empleados y visitantes de la Ciudad que puedan tolerar médicamente una cubierta facial deben usar una cubierta facial que cubra la boca y la nariz de la persona en todo momento (excepto cuando coma o beba) mientras se encuentran en un espacio de trabajo interior compartido de la Ciudad.

Un empleado o visitante de la Ciudad que realice negocios de la Ciudad en el exterior, que sea médicamente capaz de tolerar una cubierta facial, debe cubrirse la cara en todo momento (excepto cuando coma o beba) cuando interactúe con miembros del público.

SÍ. Vaya a la pregunta #5.

NO. Usted **NO** puede visitar este lugar de trabajo en este momento. Comuníquese con la persona que está visitando por teléfono o correo electrónico y se le ofrecerán opciones de comunicación alternativas.

5. Por la presente certifico a mi leal saber y entender que la información presentada arriba es verdadera y precisa bajo pena de ley.

Firma: _____