



Cuestionario de autoevaluación COVID-19

La seguridad de nuestros participantes, visitantes y personal es de suma importancia para nosotros. Pedimos que todos los días, todos revisen los siguientes artículos. Por favor, quédese en casa y considere buscar asesoramiento médico si tiene alguna respuesta afirmativa a este cuestionario.

¿Tiene, o ha tenido recientemente, alguna de las siguientes?

	Si	No
Fiebre		
Tos		
respiración entrecortada o dificultad para respirar		
Escalofríos o temblores repetidos con escalofríos		
Dolor muscular		
Dolor de cabeza		
Dolor de garganta		
Nueva pérdida de sabor u olor		
¿Ha estado expuesto a alguien que tiene, o sospecha tener, COVID- 19?		

Guía General para todas las Sesiones de Entrenamiento:

- Por favor, mantenga el distanciamiento social
- Ejercitar la higiene personal incluyendo lavado de manos, desinfectante de manos
- Use mascarilla/revestimiento facial en todo momento
- Por favor, notifique a nuestro personal al 800-875-4770 si experimenta síntomas; ha sido expuesto; o ha sido diagnosticado con COVID-19.

Certifico que la información que he proporcionado anteriormente es verdadera y precisa y seguiré todas las *Guías Generales para todas las Sesiones de Entrenamiento* como se indica anteriormente.

Imprimir Nombre

Firma

Fecha

Proporcione la siguiente información de contacto mientras asiste a la sesión de entrenamiento:

- Dirección de Correo Electrónico:
- Teléfono Móvil:
- Teléfono de la Compañía: