

# CUESTIONARIO DE SALUD PARA ACCEDER AL SITIO DE TRABAJO (COVID-19)

## Indicaciones:

**Para evitar la propagación de COVID-19 y reducir el riesgo potencial de exposición de los trabajadores, por favor realice este cuestionario diariamente en los puntos de entrada designados antes de entrar al sitio de trabajo. ¡Este cuestionario de salud se aplicará a toda persona que desee ingresar a este sitio!**

Cualquier persona que se niegue a responder a las preguntas del cuestionario se le negará el acceso a nuestros sitios de trabajo **-sin ninguna excepción**. Cumplir con nuestras medidas de seguridad es esencial para mantener la seguridad del trabajador y aquellos que decidan no cumplirlas, **no** se les permitirá trabajar.

## Instalación de la Estación del Cuestionario de Salud

1. Con el fin de proteger a cada persona que realiza el cuestionario, se debe usar como mínimo: guantes, máscara y lentes de seguridad.
2. Se debe colocar una barrera (ej.: mesa, conos, etc.) para mantener una distancia entre la persona que examinará y la que está siendo examinada.
3. La fila para ser examinados debe estar a una distancia mínima de 2 metros de la persona que este siendo examinada para garantizar la privacidad durante el cuestionario.
4. Cada persona en la fila debe estar a una distancia mínima de 2 metros una de la otra.
5. Cada persona que esté lista para el cuestionario debe acercarse a la barrera.

## Proceso del Cuestionario de Salud

A los trabajadores se les debe hacer estas preguntas de manera que se respete su privacidad. Por favor diseñe un proceso en un área donde los trabajadores en la fila no escuchen con facilidad a sus compañeros que divulgan voluntariamente información médica personal.

### A cada persona se le harán 4 preguntas:

1. ¿Tiene síntomas de resfriado o gripe actualmente? Como:
  - Fiebre (38°C o 100.4 F)
  - Escalofríos
  - Tos reciente o empeorada
  - Falta de aliento o dificultad para respirar
  - Dolores musculares recientes o dolor de cabeza
  - Dolor de garganta
2. ¿Ha viajado a algún país fuera de Canadá (incluido Estados Unidos) en los últimos 14 días?
3. ¿Ha dado atención o ha estado en contacto cercano con una persona que ha dado positivo a la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?
4. ¿Ha tenido contacto cercano con una persona que ha viajado fuera de Canadá en los últimos 14 días y que se ha enfermado (tos, fiebre, estornudos o dolor de garganta)?

**Si la respuesta es SÍ a CUALQUIERA de las preguntas de arriba, por favor notifíquese al supervisor y pídale al trabajador que se vaya a casa**

**IMPORTANTE:** Desinfecte plumas antes de compartirlas con otras personas. Haga que los visitantes archiven sus propios documentos para evitar compartirlos. Considere hacer estas preguntas verbalmente para evitar compartir plumas y documentos. Esto debe hacerse en un área privada donde las respuestas no puedan ser escuchadas por otros trabajadores.

Este cuestionario está basado en la Herramienta de Autoevaluación de COVID-19 del Centro de Control para Enfermedades de Columbia Británica y las Indicaciones de WorkSafeBC.

FECHA:		TRABAJADOR:	
EMPLEADOR:		TELEFONO #:	

1	<b>Experimenta alguno de los siguientes síntomas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Escalofríos</li> <li>• Tos (reciente o empeorada)</li> <li>• Falta de aliento o dificultad para respirar</li> <li>• Dolores musculares recientes o dolor de cabeza</li> <li>• Dolor de garganta</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	2	<b>¿Ha viajado a algún país fuera de Canadá (incluido Estados Unidos) en los últimos 14 días?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	3	<b>¿Ha dado atención o ha estado en contacto cercano con una persona que ha dado positivo a la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	4	<b>¿Ha tenido contacto cercano con una persona que ha viajado fuera de Canadá en los últimos 14 días y que se ha enfermado (tos, fiebre, estornudos o dolor de garganta)?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No