

## FORMULARIO DE ESCRUTINIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARA VISITANTES

Nombre del Visitante \_\_\_\_\_

Fecha de la visita propuesta \_\_\_\_\_

Pregunta	Respuesta	
	Sí	No
¿Se ha sentido mal en algún momento durante los últimos 14 días? <i>Esto se relaciona con cualquier tipo de enfermedad, no sólo con los síntomas asociados con una enfermedad infecciosa (ejemplo, COVID-19).</i>		
¿Usted o alguno de los miembros de su hogar tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? <i>Fiebre, tos, dolor de garganta, dolor del pecho, escalofríos, dolores musculares, dificultad para respirar, otras afecciones respiratorias o dificultad al respirar</i>		
¿Ha viajado fuera de su estado de residencia o ha estado en un punto concentrado de alguna enfermedad infecciosa conocida en los últimos 14 días?		
¿Usted o alguno de los miembros de su hogar ha visitado un país que aparece actualmente con una advertencia de viaje de nivel 2 o 3 según el CDC (Centro de Control y Prevención de Enfermedades) en los últimos 14 días? <a href="https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices">https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices</a>		
¿Ha estado en contacto con una persona con síntomas de una enfermedad infecciosa o un caso confirmado en los últimos 14 días?		

Declaro que he respondido a las preguntas anteriores con sinceridad y a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma/Fecha

El día de su visita planificada, debe estar libre de fiebre (100,4 F [37,8 C] o superior usando un termómetro oral) y cualquier otro síntoma durante al menos 24 horas, sin el uso de medicamentos que reduzcan la fiebre u otros medicamentos que alteren los síntomas. Esto es para la seguridad de nuestros empleados de la lechería, sus familias y nuestras familias, para evitar la transmisión de cualquier enfermedad transmisible en este momento de mayor sensibilidad a estas condiciones.

Agradecemos su comprensión.

\_\_\_\_\_  
Decisión SI / NO

Firma \_\_\_\_\_