Una evaluación de detección diaria de COVID-19 ayuda a controlar de cerca su salud personal durante el período de 14 días de aislamiento.

La información recopilada en este cuestionario se utilizará y divulgará únicamente con el propósito de determinar el estado de salud durante el período de aislamiento de la pandemia de COVID-19.

Complete esta lista de verificación al comienzo de cada día.

**Esta autoevaluación de síntomas ha sido replicada desde el sitio web del Gobierno de Nueva Escocia para su conveniencia. Los trabajadores deben completar esto diariamente**

 Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  **Autoevaluación de síntomas:**  |

 |  |
|

|  |
| --- |
|  1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?  |

 |  |
| 1. Signos de fiebre: escalofrios, sudores, dolores musculares, mareos
 | 🞏 Si 🞏 No |
| 1. Tos nueva o tos que está empeorando
 | 🞏 Si 🞏 No |
| 1. Dificultad para respirar o Respiración dificultosa
 | 🞏 Si 🞏 No |
| 1. Dolor de garganta
 | 🞏 Si 🞏 No |
| 1. Dolor de cabeza
 | 🞏 Si 🞏 No |
| 1. Secreción nasal o congestión nasal
 | 🞏 Si 🞏 No |

Si responde sí a uno o más de estos síntomas, llame a su empleador de inmediato y al 811 para una evaluación adicional por parte de una enfermera. Si experimenta otros síntomas que le preocupan, llame al 811 para hablar con una enfermera.

Firma del trabajador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referencia:

Gobierno de Nueva Escocia (2020). Cuando llame al 811 acerca de COVID-19. Consultado el 13 de abril de 2020 desde: https://when-to- call-about-covid19.novascotia.ca/en