

## Formulario de Cernimiento del Empleado

<b>Fecha:</b>	<b>Día:</b>	<b>/ Mes:</b>	<b>/ Año: 2021</b>
<b>Nombre completo:</b>		<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Dirección física:</b>		<b>Teléfono:</b>	

## Cuestionario

1. ¿Durante los pasados catorce (14) días ha presentado o presenta alguno de los siguientes síntomas?	
<input type="radio"/> Tos <input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Dificultad para respirar <input type="radio"/> Perdida reciente del olfato o el gusto <input type="radio"/> Escalofríos	<input type="radio"/> Temblores y escalofríos que no ceden <input type="radio"/> Dolor muscular <input type="radio"/> Dolor de cabeza <input type="radio"/> Dolor de garganta <input type="radio"/> Ninguno
2. ¿Durante los pasados catorce (14) días usted ha estado en contacto con alguien que presente alguno de los síntomas enumerados anteriormente? Si respuesta es afirmativa, mencione fecha. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si / Fecha: _____	
3. ¿Durante los pasados catorce (14) días usted ha viajado fuera de la jurisdicción de Puerto Rico? Si la respuesta es afirmativa, mencione fecha y lugar al que ha viajado. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si / Fecha: _____ Lugar: _____	
4. ¿Durante los pasados catorce (14) días usted ha recibido visitas de familiares o amigos provenientes fuera de la jurisdicción de Puerto Rico? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si / Fecha: _____	
<b>CERTIFICACIÓN</b>	
Yo, _____ certifico que la información provista anteriormente es correcta.	
_____	_____/_____/2021
Firma Empleado	Fecha (día, mes, año)