

Formulario de Cernimiento del Empleado

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

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: _____
CERTIFICACIÓN	
Yo, _____ certifico que la información provista anteriormente es correcta.	
_____	_____/_____/2021
Firma Empleado	Fecha (día, mes, año)