

**Formulario para personas que muestran señales y/o síntomas de COVID-19 o casos Positivos para COVID-19 en lugares de trabajo**

**Información Patronal**

**Nombre Legal de la Compañía** Click or tap here to enter text.

**Nombre Persona Contacto o Supervisor Inmediato** Click or tap here to enter text.

**Posición que ocupa persona Contacto o Supervisor Inmediato** Click or tap here to enter text.

**Número de Teléfono Persona Contacto** Click or tap here to enter text.

**Tipo de Lugar de Trabajo** Choose an item.

 **Medidas Preventivas**

**Qué tipo de medidas de prevención han sido implementadas en el lugar de trabajo**

Click or tap here to enter text.

**Fecha de reporte del patrono al Departamento de Salud** Click or tap to enter a date.

**Descripción de la Situación**

**Descripción del área de trabajo donde trabaja la persona(s) con señales y/o síntomas de COVID-19 o caso(s) positivo a COVID-19**

Click or tap here to enter text.

**Número de empleados con señales y/o síntomas de COVID-19 o positivos a COVID-19**

Click or tap here to enter text.

**Número de empleados en contacto cercano\* a la persona(s) con señales y/o síntomas de COVID-19 o caso(s) positivo a COVID-19** Click or tap here to enter text.

**Acciones que se han tomado si alguna (marque todas las que aplique)**

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

**\*Definición de contacto cercano**

* Alguien que estuvo a 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos a partir de 2 días antes del inicio de la enfermedad (o, para pacientes asintomáticos, 2 días antes de la recolección de la muestra) hasta el momento en que se aísla al caso.
* Tuvo contacto físico directo con la persona (la abrazó o la besó)
* Compartió utensilios para comer o beber
* Le estornudaron, tosieron o de alguna manera le cayeron gotitas respiratorias

**Síntomas de COVID-19**

Las personas con COVID-19 han reportado una amplia gama de síntomas. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

* Fiebre o escalofríos
* Tos
* Falta de aire o dificultad para respirar
* Fatiga
* Dolores musculares o corporales
* Dolor de cabeza
* Pérdida del gusto u olfato
* Dolor de garganta
* Congestión o secreción nasal
* Náuseas o vómitos
* Diarrea

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles