



Nuevo coronavirus (COVID-19) Encuesta a los visitantes

La Universidad Mount St. Mary's está haciendo todo lo posible para garantizar la seguridad y el bienestar de nuestros estudiantes, empleados y visitantes durante esta pandemia. Solicitamos de su cooperación completando este breve cuestionario. La información de este cuestionario se utilizará y divulgará únicamente con el fin de determinar su seguridad y la seguridad de los demás durante la pandemia de COVID-19.

Asegúrese en todo momento de seguir los protocolos de seguridad publicados, es decir, usar una cubierta facial, y practicar el distanciamiento social, observar los procedimientos adecuados de lavado de manos y desinfección.

El cuestionario tiene como objetivo identificar NUEVOS síntomas o empeoramiento de síntomas que podrían estar relacionados con el virus Co-V-2 del SARS. Los síntomas relacionados con enfermedades preexistentes o alergias se excluyen de este cuestionario.

Complete esta encuesta dentro de las 24 horas anteriores a su llegada.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

número de teléfono: _____ Email: _____

Preguntas de detección de la evaluación de riesgos:

1. ¿Ha tenido un resultado positivo de COVID-19 en los últimos 14 días?	Sí	No
2. ¿Ha recibido las dosis completas de la vacuna contra el COVID-19? <i>Si está completamente vacunado, puede omitir todas las preguntas restantes y se le permite ingresar al campus.</i>	Sí	No
3. ¿Ha viajado fuera de los EE. UU. O desde un estado con una restricción de viaje COVID-19 actual en los últimos 14 días?	Sí	No
4. ¿Ha tenido usted o alguien en su hogar contacto cercano (contacto cara a cara dentro de los 6 pies) con un caso confirmado o probable de COVID-10 en los últimos 14 días?	Sí	No
5. Si ha estado expuesto a alguien con síntomas de COVID-19 o que dio positivo en la prueba, proporcione la fecha del último contacto:		
6. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?	Sí	No
Fiebre nueva (100,4 o más) o sensación de tener fiebre	Sí	No
Nuevos dolores musculares que no se pueden atribuir a otra condición de salud o que pueden haber sido causados por una actividad específica, como el ejercicio físico.	Sí	No
Nueva dificultad para respirar que no se pueda atribuir a otra condición de salud.	Sí	No
Nuevo dolor de garganta que no se pueda atribuir a otra condición de salud.	Sí	No
Nuevos síntomas respiratorios como dolor de garganta, secreción nasal / congestión nasal o estornudos que no se puedan atribuir a otra condición de salud.	Sí	No
Nuevos escalofríos o temblores repetidos con escalofríos que no pueda atribuir a otra condición de salud.	Sí	No
Nueva pérdida del gusto u olfato que no se pueda atribuir a otra condición de salud.	Sí	No
Tos nueva que no se pueda atribuir a otra condición de salud.	Sí	No
Náuseas, vómitos, diarrea que no pueda atribuir a otra condición de salud.	Sí	No

Si respondió "SÍ" a cualquiera de las preguntas 1, 3, 4 o 5, no se le permitirá continuar en este momento y debe ponerse en cuarentena. Si respondió "NO" a todas las preguntas 1, 3, 4 y 5 anteriores, puede continuar.