



## Síntomas de COVID-19, ver Apéndice A

Si Ud. está planeando trabajar en el campus hoy y no tiene acceso al cuestionario *online*, por favor use este formulario para el cuestionario de síntomas de COVID-19. Cuando Ud. llegue al trabajo, llene inmediatamente la versión electrónica de este cuestionario.

Si Ud. padece de condiciones crónicas (e.g. migrañas) y los síntomas mencionados en este cuestionario son idénticos a los que Ud. padece regularmente, no reporte estos en este cuestionario. Cualquier desviación de sus síntomas regulares deberá reportarse.

1. ¿Estará Ud. trabajando hoy en un centro de la UCSC o estará en contacto con otros empleados de la UCSC?

- Sí. Proceda a la próxima pregunta.
- NO. **PARE AQUÍ. Su encuesta está completa, no tiene que hacer nada. Gracias.**

2. Por favor, indique los edificios a los que Ud. entrará hoy (esta pregunta solo aplica a la encuesta *online*).

3. Ha tenido Ud. alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas? No incluya condiciones previas o crónicas que hayan sido evaluadas previamente por su proveedor de cuidados de salud primario.

Fiebre o escalofríos  
Tos  
Falta de aire o dificultades respiratorias  
Fatiga  
Dolores musculares o en el cuerpo  
Dolor de cabeza  
Nueva pérdida de paladar u olfato  
Dolor de garganta  
Congestión o coriza ajenas a alergías de temporada  
Náuseas o vómitos  
Diarrea

- Sí. Tengo uno o más nuevos síntomas. **PARE AQUÍ.** Ud. no está autorizado para trabajar en su puesto. Contacte a su supervisor.
- No, No tengo nuevos síntomas. Proceda a la próxima pregunta.

4. ¿Ha estado Ud., en los últimos 14 días, expuesto a alguien al que se le haya confirmado el COVID-19 o tenga síntomas de COVID-19?

- Sí. **PARE AQUÍ. STOP HERE**
- NO. Proceda a la próxima pregunta.

