Date:_____

Hoja de Autoevaluación Diaria

Nombre (impreso)	Nombre de empresa	¿Experimenta alguno de los siguientes: • Dificultad severa para respirar (p. Ej., Dificultades para respirar o hablar en palabras sueltas) • dolor de pecho severo • Tener dificultades para despertarse • Sentirse confundido • Perdiendo la conciencia	¿Experimenta alguno de los siguientes: • Falta de aliento leve a moderada • Incapacidad para acostarse debido a la dificultad para respirar. • Condiciones de salud crónicas que tiene dificultades para manejar debido a la dificultad para respirar.	¿Experimenta alguno de los siguientes: • fiebre • Tos • Estornudos • Dolor de garganta	¿Ha viajado a algún país fuera de Canadá (incluido Estados Unidos) en los últimos 14 días?	¿Brindó atención o tuvo contacto cercano con una persona con COVID-19 (probable o confirmado) mientras estaba enfermo (tos, fiebre, estornudos o dolor de garganta)?	¿Tuvo contacto cercano con una persona que viajó fuera de Canadá en los últimos 14 días y se enfermó (tos, fiebre, estornudos o dolor de garganta)?	Firma
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	□ Si □ No	
		□ Yes □ No	□ Yes □ No	□ Yes □ No	□ Yes □ No	□ Yes □ No	□ Yes □ No	