



El propósito de esta evaluación le servirá como un método de automonitoreo de su salud antes de ingresar a sus labores. Ha sido desarrollada observando las regulaciones del centro de prevención y enfermedades (CDC) (siglas en inglés). Su participación es obligatoria si está planeando visitar cualquier campus o propiedad de UCF. Al completar esta evaluación, usted está ayudando a reducir la propagación de COVID-19 y proteger a usted y a todos en UCF.

Si su pregunta es SI a las siguientes preguntas, por favor quédese en casa y comuníquese con su supervisor.

| <b>Comprobador de exposición COVID-19</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Ha viajado a un área en los últimos 14 días que ha sido identificada con una transmisión comunitaria significativa? Locaciones incluyen:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Países con restricciones a entrar en los estados unidos</li> <li>• Un crucero</li> <li>• Una locación en los estados unidos con refugio COVID en lugar de pedidos</li> </ul>                                                                                                    | SI | NO |
| 2. ¿Ha tenido contacto cercano conocido (dentro de seis pies por lo menos de quince minutos) con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días?                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI | NO |
| <p><b>¿Está experimentando alguno de los siguientes síntomas?</b><br/>           (Síntomas recientes y no provenientes de enfermedades crónicas previas)<br/>           Si la respuesta es SI, a una de estas preguntas, por favor quédese en su casa y notifique a su supervisor.<br/>           Contacte su proveedor de salud o comuníquese con <i>UCF Health</i> al: 407-266-3627 para una visita por telesalud.</p>                                                 |    |    |
| Fiebre o sensación de fiebre (como escalofríos, sudoración)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI | NO |
| Tos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI | NO |
| Dificultad para respirar leve o moderada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI | NO |
| Dolores musculares o dolores corporales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI | NO |
| Garganta irritada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI | NO |
| Nueva pérdida de sabor u olor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | NO |
| Vómitos o diarrea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI | NO |
| <p><b>¿Está experimentando alguno de los siguientes síntomas?</b><br/>           Si la respuesta es SI a una de estas preguntas, debería tomar medidas de precaución y no venias a campus. Por favor notifique a su supervisor y discutir si trabajando de forma remota es una opción mejor—si desarrolla más síntomas o empieza a sentirse peor, contacte su proveedor de salud o comuníquese con <i>UCF Health</i> al :407-266-3627 para una visita por telesalud.</p> |    |    |
| Dolor de cabeza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI | NO |
| Congestión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI | NO |
| Liqueo nasal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI | NO |

### Qué hacer si su condición cambia, mientras se encuentra en su casa o trabajo:

Si Ud. desarrolla los síntomas mencionados anteriormente, tiene calentura/fiebre, desarrolla tos, o tiene dificultad al respirar, durante su evaluación, ya sea en el centro universitario o en su casa, Ud. deberá:

- Mantener 6 pies de distancia entre su persona y los demás.
- Contacte su proveedor de salud o comuníquese con *UCF Health* al: 407-266-3627 para una visita por telesalud.
- Notifique a su supervisor.
- **Informe si usted ha dado positiva por COVID-19 a llamando el UCF COVID Line: 407-823-2509.**
- Proporcionar a su supervisor la autorización medica de su proveedor médico, cuando corresponda, para que pueda regresar al trabajo.
- Para obtener más información, visite [cdc.gov/coronavirus/2019-ncov](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov) o llame a la línea directa de Health COVID-19 al 1-866-779-6121.

**POR FAVOR UTILICE ESTA HERRAMIENTA PERSONAL, QUE LO AYUDARÁ A IDENTIFICAR SUS SÍNTOMAS Y SU TEMPERATURA CORPORAL ANTES DE PRESENTARSE A SUS LABORES**