



April 19, 2020 | Attachment #16

COVID-19 HEALTH ASSESSMENT

1. Are you experiencing any symptoms such as fever, cough, or shortness of breath? (Yes/No)

2. Have you been in close contact with anyone who has been diagnosed with COVID-19? (Yes/No)
**CLOSE CONTACT is defined as:
 - a. Being within approximately 6 feet (2 meters) of a COVID-19 case for a prolonged period of time; close contact can occur while caring for, living with, visiting, or sharing a healthcare waiting area or room with a COVID-19 case
 - or –
 - b. Having direct contact with infectious secretions of a COVID-19 case (e.g. being coughed on)

3. Have you been in close contact* with anyone who may have COVID-19 but is yet to be confirmed? (Yes/No)

4. Are you currently in close contact with anyone, such as a family member, who is experiencing symptoms or has been confirmed as positive for COVID-19? (Yes/No)

5. Have you traveled internationally in the last 14 days? (Yes/No)

By signing below, I certify all information is true and correct to the best of my knowledge.

Employee Name (print) _____

Employee Signature _____

Date _____

Foremen: Don't forget to discuss and document (on Tailgate Meeting Reports) jobsite specific items at your tailgate meetings.
All apprentices must be held back for additional 5 minute training.

EVALUACIÓN DE SALUD DE COVID-19

1. ¿Tiene algún síntoma como fiebre, tos o falta de aire? (Sí / No)
2. ¿Has estado en contacto cercano con alguien a quien se le haya diagnosticado COVID-19? (Sí / No)
**CERRAR CONTACTO se define como:
 - a. Estar dentro de aproximadamente 6 pies (2 metros) de un caso COVID-19 por un período prolongado de tiempo; cerca el contacto puede ocurrir mientras cuida, vive, visita o comparte un área o sala de espera de atención médica con un estuche COVID-19
– o –
 - b. Tener contacto directo con secreciones infecciosas de un caso COVID-19 (por ejemplo, toser)
3. ¿Has estado en contacto cercano * con alguien que pueda tener COVID-19 pero aún no se ha confirmado? (Sí / No)
4. ¿Está actualmente en contacto cercano con alguien, como un familiar, que está experimentando síntomas o ha sido confirmado como positivo para COVID-19? (Sí / No)
5. ¿Has viajado internacionalmente en los últimos 14 días? (Sí / No)

Al firmar a continuación, certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre del empleado (letra de imprenta) _____

Firma del empleado _____

Fecha _____

Capataces: No olviden discutir y documentar (en los informes de las reuniones del portón trasero) en su sitio de trabajo artículos específicos en su reuniones del portón.

Todos los aprendices deben permanecer cinco minutos adicionales para capacitación.