

Columbia University

Formulario de Evaluación de Salud

Todos los visitantes y vendedores deben completar este formulario antes de ingresar a los edificios-instalaciones de la Universidad de Columbia. Este formulario debe devolverse a la persona de contacto principal en su contrato de servicio.

Fecha: _____ Nombre de la Compañía: _____

Nombre del Vendedor/Visitante: _____ Tel No.: _____

Nombre de Contacto en la Universidad: _____ Edificio/Área de Trabajo: _____

- **NOTA IMPORTANTE:** Si usted desarrolla síntomas mientras está en las instalaciones, debe abandonar inmediatamente el campus y comunicarse con su empleador para obtener la orientación adecuada.

De acuerdo a su mejor conocimiento, seleccione cualquiera de los siguientes*:

- Usted ha experimentado algún síntoma de COVID-19 en los últimos 14 días (tales como fiebre, tos, falta de aliento o dificultad para respirar, escalofríos, temblores repetidos con escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta, dolor abdominal/diarrea o pérdida reciente de la capacidad de saborear o de oler u otros síntomas de COVID-19).
- Yo he sido autorizado(a) por un proveedor de atención médica, Recursos Humanos o Gestión de Licencias a venir al campus.
- Yo todavía no he sido autorizado(a) por un proveedor de atención médica, Recursos Humanos o Gestión de Licencias*
- Yo sólo tengo fatiga, dolor de cabeza y/o dolores musculares/articulares que comenzaron dentro de los 2 días de recibir la vacuna contra el COVID-19 Y duraron 3 días o menos Y me siento lo suficientemente bien como para trabajar
- Yo sé que he estado en contacto cercano o de proximidad en los últimos 10 días con alguien que ha dado positivo en la prueba de COVID-19 o que ha tenido síntomas de COVID-19
 - Un rastreador de contactos me ha notificado que soy un contacto cercano y estoy siguiendo las pautas de cuarentena*
 - Yo NO he sido identificado(a) como un contacto cercano (a menos de 6 pies durante más de 10 minutos) que requiere cuarentena
 - Yo estoy completamente vacunado(a) (más de 2 semanas después de la segunda dosis para las vacunas de 2 dosis; más de 2 semanas después de la vacunación para las vacunas de 1 dosis) y no tengo síntomas.
- Usted dio positivo para COVID-19 en los últimos 14 días*
(Marque todas las que correspondan si dio positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días)
 - Han pasado más de 10 días desde la aparición de los síntomas o desde la fecha de la prueba positiva
 - Yo no he tenido fiebre en las últimas 24 horas sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre
 - Mis otros síntomas han mejorado
- Ninguna de las anteriores

*Si se marcan estas declaraciones, a usted no se le permitirá ingresar a ningún edificio/ubicación de la Universidad y usted deberá notificarlo de inmediato a su empleador.

De acuerdo con mi mejor conocimiento, yo certifico que la información presentada en este formulario es verdadera y correcta. Además, acepto seguir todos los protocolos de seguridad de la Universidad de Columbia que actualmente incluyen el uso de cubiertas faciales en interiores. Entiendo que el incumplimiento de los protocolos de seguridad dará lugar a que se le pida que se vaya de las facilidades.

Nombre del/a Visitante/Vendedor: _____

Firma del/a Visitante/Vendedor: _____

* Las preguntas provienen de la Guía Provisional del Estado de Nueva York para la Investigación en Educación Superior durante la Emergencia de Salud Pública COVID-19.

Fuente: Departamento de Salud del Estado de *Nueva York*