

## Universidad de Columbia

### Formulario de Evaluación de Salud para los participantes o candidatos de investigación

*Todos los candidatos/participantes de investigación deben completar este formulario antes de entrar en los edificios de la Universidad de Columbia. Como se explica más adelante, si se marca alguna casilla con un asterisco\*, el candidato o participante no puede entrar a los edificios de la Universidad de Columbia para los propósitos de investigación solamente.*

Hasta donde yo sé (seleccione todo lo que aplique):

1. He experimentado algunos de los síntomas siguientes de COVID-19 en los últimos 14 días (fiebre, tos, falta de aire o dificultad respiratoria, escalofríos, temblores repetidos con escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta, dolor abdominal/diarrea o nueva pérdida del gusto o del olfato u otros síntomas de COVID-19)
- Un proveedor de atención de salud me ha autorizado a venir a las instalaciones de la universidad
  - Ningún proveedor de atención de salud me ha autorizado todavía\*
  - Solo tengo fatiga, dolor de cabeza y/o dolores musculares/articulares que comenzaron en el transcurso de 2 días de la vacuna de COVID-19 Y duraron 3 días o menos Y me siento lo suficientemente bien como para ser evaluado o participar en este estudio

2. En los últimos 14 días he estado en contacto con alguien que ha tenido síntomas de COVID-19 o fue diagnosticado con COVID-19, fuera de la investigación clínica, atención clínica o capacitación clínica
- Un rastreador de contacto me ha notificado que soy un contacto cercano y el rastreo de contacto ha informado que debo estar en cuarentena\*
  - NO he sido identificado como un contacto cercano por un rastreador de contacto
  - Estoy completamente vacunado (más de 2 semanas después de la segunda dosis con vacunas de 2 dosis; más de 2 semanas después de la vacunación con vacunas de 1 dosis) y no tengo síntomas

3. Tuve una prueba positiva de COVID-19 en los últimos 14 días (Marque todo lo que aplique)
- Han pasado más de 10 días desde que comenzaron los síntomas o la fecha de la prueba positiva
  - En el día 10 de la prueba positiva, no he tenido fiebre en las últimas 24 horas sin usar medicamentos para bajar la fiebre y han mejorado mis otros síntomas
  - He tenido una prueba positiva previa en los 90 días de la prueba reciente y no tengo síntomas ahora
  - Actualmente tengo los síntomas de COVID-19 descritos en la anterior pregunta 1.\*

4. Ninguno de los anteriores

\*Si llega a marcar estas declaraciones, no se le permitirá entrar en ningún edificio de la Universidad solo para propósitos de investigación.

Las personas buscando la evaluación o participación en estudios relacionados con la COVID-19 necesitan un permiso especial del investigador principal o de un miembro del grupo de la investigación para entrar en los edificios de la Universidad y deben cumplir todas las medidas implementadas para mitigar la transmisión del SARS-CoV-2 al personal y a otras personas.

A mi mejor saber y entender, certifico que la información presentada en este formulario es verdadera y correcta.

Nombre en letras de imprenta del participante/candidato de investigación: \_\_\_\_\_

Firma del participante/candidato de investigación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Investigador/Coordinador de la investigación receptor del formulario:

Nombre en letras de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*Este formulario debe ser retenido por 21 días y luego debe ser destruido.*

Las preguntas son de las Orientaciones Provisionales del Estado de NY (*NY State Interim Guidance*) para la Investigación de la Educación Superior durante la Emergencia de Salud Pública de COVID-19 (*Higher Education Research During the COVID-19 Public Health Emergency*).

Fuente: *Departamento de Salud del Estado de New York (New York State Department of Health)*