

Detección de COVID-19 para acceso a Hope Network Facilities (desde 11 de Noviembre de 2020)

La seguridad de nuestros empleados, residentes, familias y visitantes sigue siendo la principal prioridad de Hope Network. A medida que el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) continúa evolucionando, Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) ordenó a los centros de atención médica, como los operados por Hope Network, que realicen una evaluación de salud de todas las personas que buscan ingresar a las instalaciones de Hope Network. Para cumplir con la Orden Ejecutiva y ayudar a prevenir la propagación de COVID-19, todas las personas deben completar el siguiente cuestionario de evaluación como parte de una evaluación de salud.

1. **¿Usted tiene uno o mas de los siguientes síntomas Principales de COVID-19 no resultado de una condicion medica o condicion fisica ya conocida:**

] Si (*marque cualquiera que aplique*) No

] Fiebre **Temperatura registrada:** _____

] Tos incontrolable

] Falta de Aliento

- ¿Usted tiene dos o mas de los siguientes síntomas no resultado de una condicion medica o condicion fisica ya conocida:**

] Si (*marque cualquiera que aplique*) No

] Dolor Abdominal

] Dolores musculares (“mialgia”)

] Dolor de garganta

] Dolor de Cabeza Intenso

] Vomito

] Diarrea

] Perdida de el olfato o Perdida de gusto/sabor

2. **¿Ha tenido contacto directo (definido como estar dentro de los 6 pies durante 15 minutos o mas en las últimas 24 horas, Sin Mascara) con alguien con un diagnóstico confirmado de COVID-19 (coronavirus) en los últimos 14 días?**

] Sí No

Independientemente de donde aiga viajado o lo que aiga echo en su viaje, tome estas acciones para proteger a otras personas de enfermarse:

Important aser esto en todos los lugares que vaya, ya sea adentro o afuera.

Usar Mascara para cubrir su nariz y boca cuando no se encuentre en su casa.

Lavarse sus manos frecuentemente o usar desinfectante para manos.

Observe su salud para que note si ay sintomas de COVID-19, y tome su temperatura si se siente mal.

Nombre impreso: _____ Número de teléfono: _____

Firma: _____

Instalación / hogar: _____

Hora: _____ am/pm Fecha: _____

Si respondió si o afirmativamente a cualquiera de estas preguntas la entrada alas instalaciones esta prohibida. En dado caso porfavor able con su supervisor porque talves le pedira que no trabaje por hasta 14 dias y va a necesitar que un medico le de permiso de regresar a trabajar y solo entonces podra continuar trabajando. Puede llamar a su profesional de salud para analizar su situacion unica o llame a su departamento de salud local. Tambien puede considerer llamar al Number de Hope Network COVID-19 al 616-286-0708.

Si respondió no a las preguntas 1 y 2 puede ingresar al centro. Porfavor entregue este formulario como se indica dentro de la instalación.

¡Gracias! Nota: Debe completar este cuestionario cada vez que ingrese al centro. Informe inmediatamente a Hope Network si alguna de sus respuestas cambia. La información recopilada se utilizará para determinar su derecho a ingresar a la instalación.