Detección de COVID-19 para acceso a Hope Network Healthcare 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 incontrollable
   ⎦ 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 ultimas 24 horas, Sin Mascara) con alguien con un diagnóstico confirmado de COVID-19 (coronavirus) en los últimos 14 días?**
   ⎦ Sí o ☐ No o *

   ***Soy un trabajador de salud o trabajador de primeros auxilios y eh mitigado todo riesgo usando equipo de protección personal directiva.**

Independientemente de donde aiga viajado o lo que aiga echo en su viaje, tome estas acciones para protejer 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 frequentemente 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 **Fetcha:_____**

Si respondió <u>si</u> o afirmativamente a cualquiera de estas preguntas 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 llamar al Number de Hope Network COVID-19 al 616-286-0708 durante horas de oficina o' puede llamar a su profesional de salud para analizar su situacion unica o llame a su departamento de salud local.

¡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.