



## CUESTIONARIO DE AUTOTESTIMONIO para llenar el día que llegué al campus

1	Ha tenido algún síntoma de COVID-19 en los últimos 14 días?	SI	NO	
---	---	----	----	--

**Si respondió SÍ, quédense en casa y controle sus síntomas** durante 14 días. Dependiendo de su trabajo, puede ser elegible para trabajar a distancia con el permiso de su supervisor inmediato..

2	Ha salido positivo para la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?	SI	NO	
---	---	----	----	--

**Si respondió SÍ, quédense en casa.** Después de buscar atención médica, comuníquese con su supervisor y brinde una lista de todo el personal, estudiantes, clientes, proveedores u otras partes de MNFO con las que estuvo en contacto en los últimos 14 días. Puede ser elegible para una licencia en virtud de la NYS Cares Act o tomar un tiempo libre remunerado durante su enfermedad. Puede regresar al trabajo después de al menos 10 días desde que aparecieron los primeros síntomas, debe estar 24 horas libre de fiebre sin tomar medicamentos para reducir la fiebre y sus otros síntomas han mejorado. Dependiendo de los consejos de su proveedor de atención médica y la disponibilidad de las pruebas, es posible que le hagan una prueba para ver si todavía tiene COVID-19.

3	Ha estado en contacto con alguien con COVID-19 confirmado o sospechado?	SI	NO	
---	---	----	----	--

**Si respondió SÍ, quédense en casa.** Cualquiera que haya tenido contacto cercano con alguien con COVID-19 **debe quedarse en casa durante 14 días después de su última exposición a esa persona.** Aísle y controle sus síntomas. Dependiendo de su trabajo, puede ser elegible para asignaciones de teletrabajo con el permiso de su supervisor. Hágase la prueba: recuerde que debe tener una serie de pruebas COVID-19 negativas para volver al trabajo.

Sin embargo, cualquier persona que haya tenido contacto cercano con alguien con COVID-19 y que:

- desarrolló la enfermedad COVID-19 en los 3 meses anteriores **Y**
- se ha recuperado **Y**
- permanece sin síntomas de COVID-19 (por ejemplo, tos, dificultad para respirar)

**No necesita** quedarse en casa

4	Ha viajado a algún estado en la lista de Avisos de Viajes del estado de Nueva York en los últimos 14 días?	SI	NO	
---	--	----	----	--

**Si respondió SÍ, quédense en casa.** Aísle y controle sus síntomas durante 14 días. Dependiendo de su trabajo, puede ser elegible para asignaciones de teletrabajo con el permiso de su supervisor..

Nombre : \_\_\_\_\_

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

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

*Gracias por su cooperación y por mantener nuestro campus seguro y saludable!*