

Failed Health Screening

Refused Screening

## FORMULARIO DEL COVID-19

Debe completar este formulario y tomarse la temperatura para entrar al palacio de justicia. Si usted sale y se va del palacio de justicia, deberá someterse a estos requisitos de nuevo antes de volver a entrar.

- **¿Tiene los siguientes síntomas? (Excluya aquellos síntomas que sean debido a una razón médica conocida):**

\_\_\_\_\_ **SÍ** \_\_\_\_\_ **NO**

Tos

Falta de aire o dificultad para respirar

Escalofrío

Dolor muscular

Dolor o ardor de garganta

Nueva pérdida de sabor u olfato

- **¿Esta actualmente esperando los resultados de una prueba para determinar si tiene el COVID-19?**

\_\_\_\_\_ **SÍ** \_\_\_\_\_ **NO**

- **¿Está bajo instrucciones de autoaislamiento o cuarentena debido al COVID-19?**

\_\_\_\_\_ **SÍ** \_\_\_\_\_ **NO**

- **¿Ha tenido contacto cercano con alguien que tenga un diagnóstico de COVID-19 o que está esperando los resultados de la prueba para COVID-19 en los últimos 30 días?**

\_\_\_\_\_ **SÍ** \_\_\_\_\_ **NO**

- **¿Ha viajado a una zona donde hay una concentración alta de casos de COVID-19 en los últimos 30 días?**

\_\_\_\_\_ **SÍ** \_\_\_\_\_ **NO**

- **Temperatura Indicada (Debe estar por debajo de 100.4 °F o 38 °C):** \_\_\_\_\_

Fecha: Mes\_\_\_\_\_/Dia\_\_\_\_\_/Año\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Mes\_\_\_\_\_/Dia\_\_\_\_\_/Año\_\_\_\_\_

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_ Nombre del Juez: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Court \_\_\_\_ SAO \_\_\_\_ PD \_\_\_\_ Clerk

**JUROR** - Juror #: \_\_\_\_\_