☐ 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
> Fiebre o Escalofrío
> Fatiga o cansancio extremo
> Achaque/Dolor muscular o corporal
> Dolor de cabeza
> Dolor o ardor de garganta
> Nueva pérdida de sabor u olfato
> Congestión o goteo nasal
> Náusea o vómito
> Diarrea

- **¿Esta actualmente esperando los resultados de una prueba para determinar si tiene el COVID-19 debido a síntomas o sospecha de haber sido expuesto/a?**
  _____ SÍ _____NO

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

- **En los últimos 14 dias, ¿ha tenido un contacto cercano con alguien que tenga un diagnóstico de COVID-19 o que está esperando los resultados de la prueba para el COVID-19 debido a síntomas o sospecha de haber sido expuesto? (Nota: El contacto cercano se define como un contacto de menos de 6 pies durante 15 minutos o más, independientemente de si se usó una cubierta de tela para la cara o el EPP respiratorio.)**
  _____ 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 #: _____**