



## VISITANTE AAA® COMPROBACIÓN DIARIA DE SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA COVID-19

(Para completar el día de la visita programada)

Bienvenido a la AAA. El objetivo de este Formulario para la Comprobación Diaria de los Síntomas asociados a la COVID-19 es permitirle certificar que, **a día de hoy**, se encuentra libre de los síntomas asociados al virus que causa la COVID-19. Este formulario contiene una serie de preguntas relacionadas con su salud que deberá contestar verazmente para determinar si puede acceder a nuestras oficinas **hoy** de forma segura. Le rogamos imprima y complete el Formulario de Comprobación de Síntomas en casa antes de acudir a nuestras oficinas. Necesitará completar un formulario por cada día que planea visitar nuestras oficinas.

Le informamos de que la AAA no guardará ni almacenará sus respuestas individuales. La única información que mantendremos será su nombre y el resultado de su encuesta. Esta información permanecerá en nuestros archivos durante un mes.

Gracias de antemano por su cooperación.

<b>1. ¿Está experimentando actualmente o ha experimentado durante los últimos 14 días alguno de los siguientes síntomas?</b>					
<b>Tos?</b>	SI	NO	<b>Dolor de garganta?</b>	SI	NO
<b>Dificultad respiratoria?</b>	SI	NO	<b>Diarrea?</b>	SI	NO
<b>Escalofríos?</b>	SI	NO	<b>Pérdida de olfato o gusto?</b>	SI	NO
<b>Fatiga?</b>	SI	NO	<b>Temblores frecuentes y escalofríos?</b>	SI	NO
<b>Náuseas o vómitos?</b>	SI	NO	<b>Congestión o secreción nasal?</b>	SI	NO
<b>Dolores musculares o corporales?</b>	SI	NO	<b>Fiebre igual o superior a 100.0 grados Fahrenheit?</b>	SI	NO
<b>Dolor de cabeza?</b>	SI	NO			
<b>2. ¿Ha dado Ud. positivo o ha sido diagnosticado como presuntamente positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?</b>					
SI NO					
<b>3. ¿Ha mantenido algún contacto cercano con alguien que haya dado positivo o presuntamente positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?</b>					
SI NO					
<b>4. ¿Durante los 14 días anteriores, ha usted viajado internacional o a un estado de advertencia del COVID-19 en Rhode Island (<a href="https://health.ri.gov/covid/travel">https://health.ri.gov/covid/travel</a>)?</b>					
SI NO					

Continúe en la página siguiente.



## VISITANTE AAA® COMPROBACIÓN DIARIA DE SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA COVID-19

(Para completar el día de la visita programada)

¿Ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores? SI NO

Si responde "Si", usted no está autorizado para entrar a AAA. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte al **Vicepresidente Adjunto de AAA Frank Binda al (401) 431-4701** durante horario regular de trabajo. Si está fuera del horario de trabajo, por favor de dirigirse directamente a su contacto en AAA.

¿Ha respondido negativamente a las preguntas 1 a 4 anteriores? SI NO

Si respondió "NO" a las preguntas 1 a 4, ha superado el test de comprobación de síntomas. Deberá traer una copia de **esta página** de su Formulario de Comprobación de Síntomas a nuestras oficinas. Tenga en cuenta que no podrá acceder a las oficinas sin el formulario completo y firmado.

Nombre (En mayúsculas por favor): \_\_\_\_\_

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

Para uso de AAA/ICDR Resultado: \_\_\_\_\_