

# TRIBUNAL DE DISTRITO DE MARYLAND

## CUESTIONARIO DE SELECCIÓN INICIAL

Para fines de control de infecciones, necesito hacerle algunas preguntas:	
1. ¿Ha dado positivo por COVID 19 en los últimos 5 días? <b>En caso afirmativo, se deniega la entrada.</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Está experimentando actualmente algún síntoma de COVID-19, como: fatiga, congestión nasal, secreción nasal, dolores de cabeza/cuerpo, tos, fiebre (ya sea subjetiva o medida), escalofríos, dificultad para respirar, dificultad para respirar, nuevos pérdida del gusto o del olfato, náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro síntoma parecido a la gripe?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha estado expuesto a alguien con COVID-19 en los últimos cinco (5) días y completó la serie primaria de la vacuna Pfizer o Moderna COVID-19 hace más de 6 meses y no recibió refuerzo ni completó la serie primaria de J&J COVID- 19 vacuna hace más de 2 meses y no están reforzados de COVID-19 o no están vacunados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. <b>La temperatura corporal actual es _____ (El alguacil/evaluador completará).</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



A las personas que respondan **SÍ** a las preguntas 1, 2 o 3 en el Cuestionario de evaluación inicial, o que tengan una temperatura de 100.4 °F [38 °C] o más **O** se nieguen a participar en el proceso de evaluación, se les debe negar el acceso a la instalación.

Nombre del individuo que solicita el acceso: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Dirección del individuo que solicita el acceso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del individuo que solicita el acceso: \_\_\_\_\_

Determinación sobre el acceso: \_\_\_\_\_ Aprobado      \_\_\_\_\_ Negado

Nombre del personal que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)