

# TRIBUNAL DE DISTRITO DE MARYLAND

## CUESTIONARIO DE SELECCIÓN INICIAL

Para fines de control de infecciones, necesito hacerle algunas preguntas:	
<p>1. ¿Está completamente vacunado con la vacuna COVID-19 de Pfizer, Moderna o Johnson and Johnson? y actualmente no experimenta ningún síntoma de COVID-19; y no ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 10 días? Si es así, no hay más exámenes disponibles. Si no está vacunado o prefiere no responder esta pregunta o responder no, continúe con la pregunta # 2.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>2. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos siete (7) días?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tos (nueva o diferente a su tos habitual), falta de aire o dificultad para respirar?</li> <li>• ¿Fiebre (subjetiva o medida) o escalofríos?</li> <li>• ¿Dolor de garganta, dolor muscular inusual o dolor de cabeza inusual?</li> <li>• ¿Nueva pérdida del gusto o del olfato?</li> <li>• ¿Náuseas, vómitos, diarrea o cualquier otro síntoma similar a la gripe?</li> </ul> <p>La temperatura corporal actual es _____ (el alguacil / inspector completará).</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>3. ¿Ha tenido una prueba positiva para la infección por COVID-19 dentro de los diez (10) días con síntomas?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>4. ¿Ha estado en contacto cercano y prolongado (menos de 6 pies durante más de 15 minutos) en la última semana con alguien con fiebre, tos, dificultad para respirar, náuseas, vómitos, diarrea, síntomas similares a los de la gripe o diagnóstico de COVID-19?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



A las personas que respondan **SÍ** a las preguntas 2, 3 o 4 del 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)