La seguridad de nuestros empleados, socios, clientes, familias y visitantes sigue siendo la prioridad principal de <Nombre del cliente>. A medida que el brote de Coronavirus (COVID-19) continúe evolucionando y esparciéndose a nivel global, <Nombre del cliente> continuara monitoreando la situación de cerca y actualizara periódicamente las guías de la compañía basada en las recomendaciones actuales del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (siglas en ingles CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Únicamente los visitantes cruciales para nuestro negocio estarán permitidos en cualquier instalación de <Nombre del cliente> en este momento.

Para prevenir la propagación de COVID-19 y reducir el riesgo potencial de exposición para nuestros visitantes y nuestro sitio de trabajo, estamos realizando una simple encuesta de prevención. Su participación es importante para ayudarnos a tomar medidas de precaución para proteger tanto a usted como a todos en este edificio. Gracias por su tiempo.

|  |
| --- |
| **información del Visitante** |
| Nombre del Visitante: | Número Telefónico (celular/ Hogar):  |
| Compañía/ Organización:  | Nombre del anfitrión en <Nombre del cliente>  |
| Nombre de la instalación visitada: |

|  |
| --- |
| **Auto Declaración del Visitante** |
| 1 | ¿Ha regresado de alguno de los países categorizados por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (siglas en inglés CDC) como nivel de riesgo 3 (https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices) o ha tenido contacto cercano con alguien que ha retornado de alguno de estos países en los últimos 14 días?Si No |
| 2 | ¿Ha tenido contacto cercano o ha cuidado de alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días?Si No |
| 3 | ¿Ha experimentado algún síntoma de resfrío o gripe en los últimos 14 días (incluyendo fiebre, tos, dolor de garganta, enfermedades respiratorias, y dificultades para respirar)? Si No |
| 4 | Se espera que los visitantes no hayan tenido fiebre durante las últimas 24 horas sin la ayuda de medicamentos. ¿Ha tenido fiebre o ha tomado medicamentos para controlar la fiebre en las últimas 24 horas? Si No |

Por favor tome en cuenta que se negara el acceso a las instalaciones si una de las respuestas es “Si”, Deberá reprogramar su reunión o hacer algún arreglo o modificación.

Firma (Visitante): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota:** Si planea visitar las instalaciones durante días consecutivos, informe inmediatamente a su anfitrión en <Nombre de la Empresa> si alguna de las respuestas de este cuestionario cambia. La información recolectada en este formulario se utilizará para determinar su derecho a entrar a las instalaciones de <Nombre del cliente>. Si tiene alguna pregunta diríjase al equipo de recursos humanos en la instalación respectiva.

**Acceso a las instalaciones (encerrar uno): Aprobado Denegado**