



Formularios de Atestación del Personal de WSD (Evaluación de Salud)

Para mantener un ambiente de trabajo seguro para todos nuestros empleados, voluntarios y proveedores, el Distrito Escolar de Wahluke, DOH y L&I requieren que todo el personal se evalúe por sí mismo para detectar síntomas de COVID y complete nuestro formulario de Evaluación de salud diaria antes o al llegar a cualquiera de nuestras instalaciones del Distrito. WSD comprende que este formulario de evaluación de la salud no es una solución permanente. Aún así, ayudará a nuestros esfuerzos que cada miembro del personal, voluntario o proveedor se revise antes de ingresar a las instalaciones del Distrito. El formulario de evaluación está disponible en nuestro sitio web (bit.ly/WSDSummerScreen) y como formato de papel en cada edificio del Distrito.

Hemos seguido la guía del Distrito de Salud del Condado de Grant (GCHD) para desarrollar las preguntas de evaluación y el protocolo.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

SI su supervisor se comunica con usted para que venga al distrito a trabajar, siga este protocolo de evaluación.

- **** Antes de su llegada, NECESITA VERIFICAR SU TEMPERATURA. Si tiene fiebre de 100.4F, MANTÉNGASE EN CASA. ****
- **** Los termómetros están disponibles con su supervisor si aún no tiene uno o si no se tomó la temperatura antes de la llegada. ****
- **** Complete el Formulario de evaluación de la salud de forma electrónica a través de nuestro sitio web o mediante un formulario en papel. ****
- **** Si responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas de selección, NO VENGA AL SITIO y notifique a su supervisor. Nuestra enfermera del distrito recopilará sus formularios de detección completados, sin embargo, debe notificar a su supervisor sobre cualquier síntoma recién detectado que no sea causado por otra afección, ya que la enfermera no revisará los resultados de la detección en tiempo real. ****

Además de la evaluación diaria, queremos recordarles a todos las **medidas de seguridad en el lugar** que requieren todas las personas dentro y alrededor de las instalaciones del Distrito:

- Todas las personas en el lugar deben usar cubiertas faciales, ya sea por dentro o por fuera, cuando no estén trabajando solas.
- Lávese las manos con frecuencia con agua y jabón (si no está disponible, use un desinfectante para manos)
- Mantenga una distancia de 6 pies adentro y afuera - Si se requiere menos distancia, debe ser por períodos cortos (menos de 15 minutos), y se requieren máscaras.
- Quédese en casa si está enfermo para protegerse y proteger a los demás.

Responda estas preguntas con sinceridad. Nos preocupamos por su salud y la salud de nuestra comunidad.

NOTA: Si responde a cualquiera de estas preguntas con un "SI", quédese en casa y comuníquese con su supervisor y proveedor médico

Ubicación (es) donde trabajará: Circulé todas las que correspondan

Wahluke Preschool | Mattawa Elementary | Morris Schott Elementary | Saddle Mountain Elementary | Wahluke Junior High Wahluke High School | Sentinel Tech School (Port) | District Office (Main Campus) | Business Office (Port) | Teaching & Learning + Tech Building | Maintenance Office | Bus Garage (Port) | Otro: edificio o área (indique dónde en la sección a continuación):

- 1.) **¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas, síntoma nuevo que no se atribuye a otra condición de salud: fiebre o escalofríos, tos, falta de aire o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto o olor, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea?**
- 2.) **En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto físico cercano (6 pies o más cerca durante al menos 15 minutos) con una persona que se sabe que tiene COVID-19 confirmado por laboratorio o con alguien que tenga algún síntoma consistente con COVID-19?**
- 3.) **¿Está aislado o puesto en cuarentena porque puede haber estado expuesto a una persona con COVID-19 o le preocupa que pueda estar enfermo con COVID-19?**
- 4.) **¿Está esperando actualmente los resultados de una prueba de COVID-19?**



Formularios de Atestación del Personal de WSD (Evaluación de Salud)

PREGUNTAS	SI / NO	FECHA DE FIRMA
1		
2		
3		
4		

Firma

PREGUNTAS	SI / NO	FECHA DE FIRMA
1		
2		
3		
4		

Firma

PREGUNTAS	SI / NO	FECHA DE FIRMA
1		
2		
3		
4		

Firma

PREGUNTAS	SI / NO	FECHA DE FIRMA
1		
2		
3		
4		

Firma

PREGUNTAS	SI / NO	FECHA DE FIRMA
1		
2		
3		
4		

Firma

PREGUNTAS	SI / NO	FECHA DE FIRMA
1		
2		
3		
4		



Formularios de Atestación del Personal de WSD (Evaluación de Salud)

Firma