

Daily Attestation Form

Updated: 10/7/2020



NAME: _____

DATE: _____

PHONE or EMAIL: _____

<p>1. In the last 24 hours, have you experienced any of the following symptoms in a way not normal to you?</p> <ul style="list-style-type: none">→ Fever or chills→ Cough→ Shortness of breath or difficulty breathing→ Fatigue→ Muscle or body aches→ Headache→ New loss of taste or smell→ Sore throat→ Congestion or runny nose→ Nausea or vomiting→ Diarrhea	<p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2. In the last 14 days, have you been in close contact with a suspected or confirmed case of COVID-19 or tested positive yourself?</p>	<p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>**Must be able to answer “NO” to <u>both</u> questions to be able to be on-site.**</p>	

Daily Attestation Form

Updated: 10/7/2020

Formulario de Atestación Diaria

Actualizado: 10/7/2020



NOMBRE: _____

FETCHA: _____

NUMERO TELEFONICO O CORREO:

<p>3. En las últimas 24 horas, ¿ha experimentado alguno de los siguientes síntomas de una manera que no es normal para usted?</p> <ul style="list-style-type: none">→ Fiebre o escalofríos→ Tos→ Falta de aire o dificultad para respirar.→ Fatiga→ Dolores musculares o corporales→ Dolor de cabeza→ Nueva pérdida del gusto u olfato→ Dolor de garganta→ Congestión o secreción nasal.→ Náuseas o vómitos→ Diarrea	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 o ha dado positivo por usted mismo?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>** Debe poder responder "NO" a las dos preguntas para poder estar en el sitio. **</p>	