

**Certificación de salud del empleado
Autoexamen de coronavirus / COVID-19**

Human Technologies siempre ha hecho de la salud y la seguridad de nuestros empleados y sus familias una máxima prioridad.

De acuerdo con la compañía Promesa de Seguridad para tomar el cuidado de nosotros mismos y mirar hacia fuera para nuestros compañeros de trabajo, los empleados que el trabajo en nuestra sede corporativa (2260 Dwyer Avenue) o el Centro de Distribución (2332 Bleecker Street) debe completar y enviar t h es formulario cada semana y dar fe de su estado de salud actual como se describe a continuación.

Solo es necesario completar un formulario por semana. Los empleados que trabajan en estos edificios no tienen que completar un segundo formulario, o un formulario de visitante, si el trabajo requiere que visiten el otro edificio.

Este formulario no es necesario para aquellos empleados que realizan trabajos en los sitios de los clientes.

NO PRESENTE A TRABAJAR y notifique inmediatamente a su supervisor si tiene alguno de los siguientes síntomas :

- Fiebre o escalofríos
- Tos seca
- Falta de aliento o dificultad para respirar.
- Fatiga
- Dolores musculares o corporales
- Nueva pérdida del gusto u olfato
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal.
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

INSTRUCCIONES DE ATESTACIÓN

Escriba sus iniciales en el cuadro correspondiente debajo de CADA DÍA que se presente a trabajar. Tus iniciales atestiguan :

- Usted d o no actualmente tiene cualquiera de los síntomas enumerados en la sección de trabajo no INFORME DE anteriormente.
- No ha tenido contacto cercano ni cuidado a alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días.
- Eres una re no espera COVID-19 resultados de la prueba para sí mismo o para alguien que haya tenido contacto con, y / o no se le ha pedido a la auto-cuarentena por un me DICAL profesional para cualquier día que haya reportado al trabajo.
- Has no regresar de un país tro en los últimos 14 días ?

Por favor, no deje un recuadro en blanco. Si no se presentó a trabajar por cualquier motivo en un día determinado, marque una "X" en ese cuadro.

Si no puede dar fe por cualquier motivo, no se presente a trabajar y notifique a su supervisor. Si ya está en el trabajo, notifique a su supervisor y aíslese de los demás hasta nuevo aviso.

SEMANA DE *(fecha del lunes)* _____ **NOMBRE DEL EMPLEADO** *(en letra de imprenta)* _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

Al firmar mi nombre a continuación, certifico que he leído, entendido y cumplido todas las instrucciones indicadas anteriormente.

FIRMA DEL EMPLEADO _____ **FECHA DE FIRMA** _____

Por favor, coloque su certificación completa en la caja de recolección designada ubicada cerca de la entrada principal al final de su semana laboral programada .

COVID-19 FORMULARIO DE ATENCIÓN DE SALUD DEL EMPLEADO REV D 4/1/2021 LLF