

**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 empresa 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 ha cuidado a alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días **O, en caso afirmativo, está completamente vacunado y no presenta síntomas . Totalmente vacunado se define como al menos 2 semanas después de su última vacuna.**
- Eres una re no espera COVID-19 resultados de la prueba para sí mismo o se le ha pedido a la auto-cuarentena por un profesional médico.
- No está esperando la prueba de COVID-19 para alguien con quien ha tenido contacto cercano y no está completamente vacunado.
- No ha regresado de un país tro en los últimos 14 días **o, en caso afirmativo, que está totalmente vacunado sin síntomas .**

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.

