



Covid-19 Screener

In the past 24 hours, have you experienced any of the following symptoms that cannot be attributed to any other illness:

- 1. Do you have a Covid-19 test scheduled in the coming week that is not part of the PLN testing program?**
 - a. Yes b. No**

- 2. Have you taken a Covid-19 test to that was not part of the PLN testing program, but instead you took it because you thought you had contracted Covid-19? (If yes, contact Mayra Flores)**
 - a. Yes b. No**

- 3. In the last two weeks, did you have close contact (less than 6 feet of an infected person for at least 15 minutes) with someone with symptoms of COVID-19, tested for COVID-19, or diagnosed with COVID-19**
 - a. Yes b. No**

- 4. Have you recently been in contact with anyone who has tested positive for COVID-19?**
 - a. Yes b. No**

- 5. Fever or chills:**
 - a. Yes b. No**

- 6. New Dry Cough:**
 - a. Yes b. No**

- 7. Nausea or vomiting:**
 - a. Yes b. No**

- 8. Diarrhea:**
 - a. Yes b. No**

- 9. Aches and Pains:**
 - a. Yes b. No**

10. Congestion or Runny Nose:

- a. Yes b. No

11. Sore throat:

- a. Yes b. No

12. Fatigue:

- a. Yes b. No

13. Headaches:

- a. Yes b. No

14. Shortness of breath or difficulty breathing:

- a. Yes b. No

15. New loss of taste or smell

- a. Yes b. No

The following question is for staff or student trainee ONLY

16. Have you recently traveled out-of-state via mass transit or to a high risk area or "designated hot spot" as defined by the [CDC Covid Data Tracker](#)?

- a. Yes b. No

If answers to any of the above questions are a "yes" from 1-15, please contact your Supervisor where they will note your absence.

If you answer "yes" to question 16, please contact Deanette Brewer in Human Resources.



Spanish Covid-19 Screener

En las últimas 24 horas, ¿ha experimentado alguno de los siguientes síntomas que no se pueden atribuir a ninguna otra enfermedad?

1. ¿Tiene una prueba de Covid-19 programada para la próxima semana que no sea parte del programa de pruebas de PLN?

a. Si b. No

2. ¿Ha realizado una prueba de Covid-19 que no formaba parte del programa de pruebas de PLN, pero en cambio la tomó porque pensó que pudo haber contraído Covid-19? (En caso afirmativo, comuníquese con Mayra Flores)

a. Si b. No

3. En las últimas dos semanas, ¿Tuvo contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos) con alguien con síntomas de COVID-19, examinado para COVID-19 o diagnosticado con COVID-19?

a. Si b. No

4. ¿Ha estado en contacto recientemente con alguien que haya dado positivo por COVID-19?

a. Si b. No

5. Fiebre o escalofríos:

a. Si b. No

6. Nueva Tos Seca:

a. Si b. No

7. Náuseas o vómitos:

a. Si b. No

8. Diarrea:

a. Si b. No

9. Dolores y molestias:

a. Si b. No

10. Congestión o secreción nasal:

a. Si b. No

11. Dolor de garganta:

a. Si b. No

12. Fatiga:

a. Si b. No

13. Dolores de cabeza:

a. Si b. No

14. Falta de aire o dificultad para respirar:

a. Si b. No

15. Nueva pérdida del gusto u olfato

a. Si b. No

La siguiente pregunta es ÚNICAMENTE para el personal.

16. ¿Ha viajado recientemente fuera del estado a través del transporte público o a estado en "lugares de alto contagio" según se define en los [CDC Covid Data Tracker](#)?

a. Si b. No

Si las respuestas a cualquiera de las preguntas anteriores son un "sí" del 1 al 15, comuníquese con su supervisor/a, donde anotarán su ausencia.

Si responde "sí" a la pregunta 16, comuníquese con Deanette Brewer en Recursos Humanos.