



Wellness Certification Form

Name: _____ Temperature _____

Date: _____

The following are the current known symptoms of COVID19:

- Cough
- Shortness of breath or difficulty breathing
- Fever (100.4 degrees Fahrenheit and above)
- Chills
- Muscle Pain
- Sore Throat
- New loss of taste or smell
- Less common symptoms including nausea, vomiting, or diarrhea

Please initial each item below to acknowledge:

_____ I currently do not have any of the above symptoms

_____ I have not had any of the above symptoms in the last 14 days

_____ I have not been tested for COVID 19 within the last 14 days

_____ I have not come in close contact with anyone who tested positive with COVID19 in the last 14 days

_____ I agree to notify supervisor immediately should any of the above information change

Signature

Date



Formulario de certificación de Bienestar

Nombre: _____ Temperatura _____

Fecha: _____

Los siguientes son los síntomas actuales de COVID19:

- Tos
- Falta de aliento o dificultad para respirar.
- Fiebre (100.4 grados Fahrenheit y más)
- Escalofríos
- Dolor muscular
- Dolor de garganta
- Nueva pérdida de sabor u olfato.
- Síntomas menos comunes que incluyen náuseas, vómitos o diarrea.

Inicialice cada elemento a continuación para reconocer:

_____ Actualmente no tengo ninguno de los síntomas anteriores

_____ No he tenido ninguno de los síntomas anteriores en los últimos 14 días.

_____ No he sido evaluado para COVID 19 en los últimos 14 días

_____ No he tenido contacto cercano con nadie que haya dado positivo con COVID19 en los últimos 14 días

_____ Estoy de acuerdo en notificar al supervisor de inmediato si alguna de la información anterior cambia.

Fecha

firma