

NYCDOE – FCC Daily Health Check Form (Program Staff) COVID-19

Provider Name: _____

Date: _____

Upon arrival the the following questions will be asked to program staff:

- Have you had a fever or felt feverish in that past 24 hours?
- Have you had a new cough, sore throat or shortness of breath in the past 24 hours?
 - If the answer is YES to either question, the staff member cannot be permitted to participate in order to ensure the safety of others.
 - If the answer is NO to both questions, the staff member may enter the ECC for the day.
- Have you been in close or proximate contact in the past 14 days with anyone who has tested positive for COVID-19 or who has or had symptoms of COVID-19?
- Have you or anyone at home tested positive for COVID-19 in the past 14 days?
- Have you or anyone at home traveled outside of New York state to any of the states listed in the [travel advisory](#) in the past 14 days?

✓ = Yes ✗ = No

*If temperature was taken, that information can be added to the notes section.

Staff's Name	Health Check Complete	Staff's Initials	Affiliated Provider's Initials	Notes

Staff's Name	Health Check Complete	Staff's Initials	Affiliated Provider's Initials	Notes

NYCDOE - Formulario de verificación de Chequeo de Salud Diario (PERSONAL) COVID-19

Nombre de Proveedor: _____

Fecha: _____

Al llegar, se preguntará a cada personal las siguientes preguntas:

- ¿Ha tenido fiebre o se ha sentido febril en las últimas 24 horas?
- ¿Ha tenido una tos nueva, dolor de garganta o falta de aliento en las últimas 24 horas?
 - Si la respuesta es SÍ a cualquiera de las preguntas, no se puede permitir que participe para garantizar la seguridad de los demás.
 - Si la respuesta es NO a ambas preguntas, el personal puede ingresar al programa por el día.
- ¿Ha estado en contacto cercano o próximo en los últimos 14 días con alguien que haya dado positivo para COVID-19 o que tenga o haya tenido síntomas de COVID-19?
- ¿Usted o alguien en el hogar ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?
- ¿Ha viajado usted o alguien en su hogar fuera del estado de Nueva York a alguno de los estados enumerados en el aviso de viaje en los últimos 14 días?

✓ = Si X = No

* Si se tomó la temperatura, esa información se puede agregar a la sección de notas.

Nombre del Personal	Chequeo de Salud Completo	Iniciales del Personal	Iniciales del Proveedor	Notas

Nombre del Personal	Chequeo de Salud Completo	Iniciales del Personal	Iniciales del Proveedor	Notas