

# Nuevo – Cuestionario de verificación de síntomas de COVID-19

---

## **Q1. Bienvenido al cuestionario de verificación de síntomas de COVID-19 para visitantes de UCSC.**

No se compartirán con nadie respuestas relacionadas con la salud.

El Oficial de Verificación de Síntomas de COVID-19 del campus y la Oficina de Compensación para Trabajadores, según corresponda, pueden revisar la certificación "No autorizado para ingresar a las instalaciones de UCSC" con el fin de notificar la exposición a COVID-19, rastrear contactos o reclamos de Compensación para Trabajadores, según corresponda. Las respuestas se eliminarán después de 60 días. Si tiene afecciones crónicas (p. ej., migrañas) y experimenta síntomas en esta evaluación idénticos a sus síntomas habituales, no los informe en este cuestionario. Se debe informar cualquier desviación de sus síntomas habituales.

Después de completar el cuestionario, se le enviará por correo electrónico un certificado que indica "Aprobado" o "No aprobado" y, si corresponde, a aquellos con los que se reunirá en el sitio.

Haga clic aquí para leer más sobre la Política de [privacidad](#) de COVID-19

Versión 2.0 | Actualizado 01282022

## **Q2. ¿Atestigua que está cumpliendo con la Política del Programa de Vacunación COVID-19 de la UC?**

El propósito de la [Política del Programa de Vacunación COVID-19 de la UC](#) es facilitar la protección de la salud y la seguridad de la comunidad universitaria, incluidos sus pacientes, así como sus estudiantes, aprendices, personal y todos los demás que trabajan, viven y/o aprenden en cualquier de las ubicaciones de la Universidad o participar en persona en los programas de la Universidad. Su objetivo es reducir la incidencia de infección, enfermedad, discapacidad y muerte por COVID-19.

- ☐ Sí, cumpla con la Política del Programa de Vacunación COVID-19 de la UC
- ☐ No, no cumpla con la Política del Programa de Vacunación COVID-19 de la UC
- ☐ No aplica

## **Q3. Nombre:**

---

## **Q4. Correo electrónico:**

---

## **Q5. Número de teléfono:**

---

**Q6. Indique el edificio al que accederá hoy.**

- Ubicación: \_\_\_\_\_
- Región: \_\_\_\_\_
- Edificio: \_\_\_\_\_

**Q7. Ingrese Otros edificios a los que accederá hoy (si corresponde).**  
(Ingrese el nombre del edificio seguido de una coma, (NA) para no corresponde)

\_\_\_\_\_

**Q8 ¿Se está reuniendo con profesores, personal o estudiantes específicos de USCS?**

- ☐ sí
- ☐ No

**Q9. Nombre del contacto principal durante su visita a las instalaciones de UCSC hoy.**

\_\_\_\_\_

**Q10. Correo electrónico del contacto principal:**

\_\_\_\_\_

**Q11. ¿Se reunirá hoy con otros profesores, personal o estudiantes de UCSC?**

- ☐ sí
- ☐ No
- ☐ Impredecible

**Q12. Nombre del segundo contacto:**

---

**Q13. Email del segundo contacto:**

---

Q14. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas?

NO informe los síntomas si alguna de las siguientes afirmaciones es verdadera:

- Tiene afecciones crónicas (p. ej., migrañas) y experimenta síntomas en esta evaluación idénticos a sus síntomas habituales

☐ O

- Ha consultado con un proveedor de atención médica y lo han autorizado para trabajar.
- Se debe informar cualquier desviación de sus síntomas habituales que no haya sido aclarada por un proveedor de atención médica.
  - ☐ Fiebre o escalofríos
  - ☐ Tos
  - ☐ Falta de aire o dificultad para respirar
  - ☐ Fatiga
  - ☐ Dolores musculares o corporales
  - ☐ Dolor de cabeza
  - ☐ Nueva pérdida del gusto o del olfato
  - ☐ Dolor de garganta
  - ☐ Congestión o secreción nasal (no relacionada con alergias estacionales)
  - ☐ Náuseas o vómitos
  - ☐ Diarrea

☐ Sí, tengo síntomas.

☐ No, NO tengo ninguno de estos síntomas (excepto los excluidos anteriormente)

**Q15. ¿Ha tomado algún medicamento para los síntomas similares a los de COVID en las últimas 48 horas?**

- ☐ sí
- ☐ No

**Q16. En los 10 días anteriores, ¿es consciente de haber estado expuesto a alguien a quien se le haya confirmado que tiene COVID-19? Puede responder "No" si está al día con todas las vacunas contra el COVID-19 recomendadas, incluidas las dosis de refuerzo cuando sea elegible.**

- ☐ sí
- ☐ No

**Q17. Si ha tenido COVID-19 en los últimos 10 días, ¿sigue en su período de aislamiento?**

- ☐ sí
- ☐ No

Gracias por completar la encuesta

---