



EASTERN LOS ANGELES REGIONAL CENTER

1000 S. Fremont Ave. • P.O. Box 7916 • Alhambra, CA 91802-7916
(626) 299-4700 • Fax: (626) 281-1163

Revisión de entrada por COVID-19 para: _____
(Nombre)

La seguridad del personal y de las familias es nuestra prioridad en el *Eastern Los Angeles Regional Center*.
Responda a las siguientes preguntas lo mejor que pueda.

1. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas **en los últimos 10 días**?
 - a. Fiebre NO SÍ
 - b. Escalofríos NO SÍ
 - c. Tos NO SÍ
 - d. Falta de aire / dificultad para respirar NO SÍ
 - e. Nueva pérdida del gusto o del olfato NO SÍ

2. ¿Ha tenido contacto con una persona que se sabe que está infectada o se sospecha que tiene la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) **en los últimos 10 días**? NO SÍ

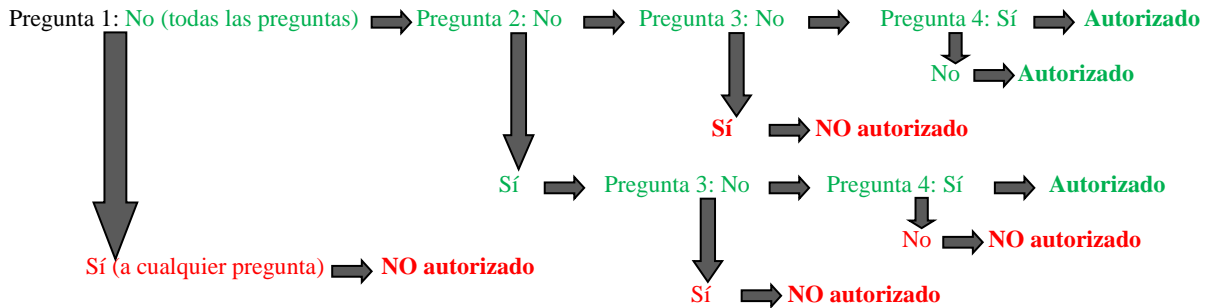
3. ¿Está sujeto a una orden de cuarentena o aislamiento? NO SÍ

4. ¿Está usted completamente vacunado contra el COVID-19? NO SÍ

Realizó la revisión: _____
(Nombre) _____
(Fecha)

(A completar por personal del ELARC)

Conclusión:



Ofrézcase a proporcionarles los documentos “COVID-19: Aprenda sobre los síntomas” (*Learn about Symptoms*) y “Qué hacer si está enfermo” (*What to do if you are sick*) en su idioma (ph.lacounty.gov/covidcare).

Persona autorizada a entrar en la instalación

Nombre en letra de molde

Firma

Persona no autorizada a entrar en la instalación

Título

Fecha