

Coronavirus COVID-19 Visitor Screening

All visitors are required to complete the following screening questions before entering the building. Families entering the building together may complete one screening form.

Full Name: _____ Date: _____

Which Department are you visiting? _____

| | | |
|---|-------------------------|-----------|
| Do you or any family members <u>with you</u> have any of the following symptoms? <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Lack of smell or taste (without congestion) | Yes to 1 or more | No |
| Do you or any family members <u>with you</u> have any of the following symptoms? <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Muscle pain <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Congestion or runny nose <input type="checkbox"/> Nausea or vomiting <input type="checkbox"/> Diarrhea | Yes to 2 or more | No |
| Are you or any family members <u>with you</u> taking any medication to treat or suppress a fever? (For example, acetaminophen or ibuprofen) | Yes | No |
| Are you or any family members <u>with you</u> currently waiting for a COVID-19 test result for any reason other than a required routine screening for work, a health procedure, or prior to travel? | Yes | No |
| Have you or any family members <u>with you</u> tested positive for COVID-19 in the past 10 days? | Yes | No |
| In the past 14 days, have you or any family members <u>with you</u> had close contact with someone who has COVID-19? Close contact means you were within 6 feet of that person for 15 minutes or longer. | Yes | No |
| Have you or any family members <u>with you</u> traveled in the last 14 days to an area with travel restrictions, as identified by the PA Department of Health or the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ? | Yes | No |
| Do you or any family members <u>with you</u> have a fever? (Based on screening at entry) | Yes | No |

| | | |
|---|------|--|
| If you responded YES to ANY of the questions above: | STOP | Based on your responses you may not enter the building. Please exit the building and call the Department you were planning to visit before you leave the parking lot. |
| If you responded NO to ALL of the questions above: | GO | You may enter the building. Be sure to: <ul style="list-style-type: none"> wear a mask at all times practice physical distancing go home immediately if you become sick |

Building Location: _____

Coronavirus COVID-19 Revisión de Visitantes (Visitors)

Se requiere que todos los visitantes contesten las siguientes preguntas de revisión antes de entrar al edificio. Las familias que ingresan juntas al edificio pueden completar un solo formulario de evaluación.

Nombre Completo: _____ Fecha: _____

¿Cuál Departamento piensa visitar hoy? _____

| | | |
|---|-------------------------|-----------|
| <p>¿Tiene usted o algún familiar <u>con usted</u> alguno de estos síntomas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Corto de Respiración <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar <input type="checkbox"/> Falta de sentido del olfato o del gusto (sin congestión) | SÍ a 1 o más | No |
| <p>¿Tiene usted o algún familiar <u>con usted</u> alguno de estos síntomas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Garganta irritada <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Dolor Muscular <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea | SÍ a 2 o más | No |
| <p>¿Está usted o algún familiar <u>con usted</u> tomando alguna medicina para tratar o reprimir la fiebre? (Por ejemplo, acetaminofén o ibuprofeno)</p> | SÍ | No |
| <p>¿Está usted o algún familiar <u>con usted</u> actualmente esperando por su resultado de la prueba de COVID-19 por alguna razón aparte de una revisión de rutina requerida para el trabajo, procedimiento de salud o antes de viajar?</p> | SÍ | No |
| <p>¿Está usted o algún familiar <u>con usted</u> ha tenido una prueba positiva para el COVID-19 en los últimos 10 días?</p> | SÍ | No |
| <p>En los últimos 14 días, ¿usted o algún miembro de su familia <u>con usted</u> ha tenido contacto cercano (menos de 6 pies durante 15 minutos o más) con alguien que tiene COVID-19?</p> | SÍ | No |
| <p>¿Ha usted o algún familiar <u>con usted</u> viajado en los últimos 14 días a algún área con restricciones de viaje como está identificado por el PA Department of Health or the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)?</p> | SÍ | No |
| <p>¿Tiene usted o algún familiar con usted fiebre? (Basado en la revisión a la entrada)</p> | SÍ | No |

| | | |
|---|-----------------|---|
| Si respondió sí a alguna de estas preguntas | ALTO | Basado en sus respuestas, no puede entrar al edificio. Favor de salir del edificio y llame al Departamento que pensaba visitar antes de salir del estacionamiento. |
| Si respondió no a todas estas preguntas | ADELANTE | Puede entrar al edificio. Asegúrese en: <ul style="list-style-type: none"> • usar la mascarilla en todo tiempo • practicar distanciamiento físico • ir al hogar inmediatamente si se enferma |

Building Location: _____

Coronavirus COVID-19 Employee Screening

All employees are required to complete the following screening questions before entering the building. Please turn in this form to security once complete.

Full Name: _____ Date: _____ Department: _____

| | | |
|---|-------------------------|-----------|
| Do you have any of the following symptoms? <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Lack of smell or taste (without congestion) | Yes to 1 or more | No |
| Do you have any of the following symptoms? <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Congestion or runny nose <input type="checkbox"/> Muscle pain <input type="checkbox"/> Nausea or vomiting <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Diarrhea | Yes to 2 or more | No |
| Are you taking any medication to treat or <u>suppress a fever</u> ? (For example, acetaminophen or ibuprofen) | Yes | No |
| Are you currently waiting for a COVID-19 test result for any reason other than a required routine screening for work, a health procedure, or prior to travel? | Yes | No |
| Have you tested positive for COVID-19 in the past 10 days? | Yes | No |
| In the past 14 days, have you had close contact (within 6 feet for 15 minutes or longer) with someone who has COVID-19? | Yes | No |
| Other than where you live, have you traveled in the last 14 days to an area with travel restrictions, as identified by the PA Department of Health or the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ? | Yes | No |
| Do you have a fever? (Based on screening at entry) | Yes | No |

| | | |
|---|-------------|--|
| If you responded YES to any of the questions above: | STOP | Based on your responses you may not enter the building. Please exit the building and call Human Resources at 610-344-6280 for instructions before you leave. |
| If you responded NO to all of the questions above: | GO | You may enter the building. Be sure to: <ul style="list-style-type: none"> wear a mask at all times practice physical distancing go home immediately if you become sick |

Building Location: _____

Coronavirus COVID-19 Revisión de Empleados (Employees)

Se requiere que todos los empleados contesten las siguientes preguntas de revisión antes de entrar al edificio. Favor de entregar esta hoja a seguridad cuando termine.

Nombre Completo: _____ Fecha: _____

Departamento: _____

| | | |
|--|---------------------|-----------|
| ¿Tiene usted alguno de estos síntomas? <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Corto de Respiración <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar | SÍ a 1 o más | No |
| ¿Tiene usted alguno de estos síntomas? <input type="checkbox"/> Garganta irritada <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal <input type="checkbox"/> Dolor Muscular <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Falta de sentido del olfato o del gusto (sin congestión) | SÍ a 2 o más | No |
| ¿Está usted tomando alguna medicina para tratar o <u>reprimir la fiebre</u> ? (Por ejemplo, acetaminofén o ibuprofeno) | SÍ | No |
| ¿Está usted actualmente esperando por su resultado de la prueba de COVID-19 por alguna razón aparte de una revisión de rutina requerida para el trabajo, procedimiento de salud o antes de viajar? | SÍ | No |
| ¿Usted ha tenido una prueba positiva para el COVID-19 en los últimos 10 días? | SÍ | No |
| En los últimos 14 días, ¿usted ha tenido contacto cercano (menos de 6 pies durante 15 minutos o más) con alguien que tiene COVID-19? | SÍ | No |
| ¿ Aparte de donde vive, ha usted viajado en los últimos 14 días a algún área con restricciones de viaje como está identificado por el PA Department of Health or the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ? | SÍ | No |
| ¿Tiene usted fiebre? (Basado en la revisión a la entrada)? | SÍ | No |

| | | |
|---|-----------------|--|
| Si respondió sí a alguna de estas preguntas | ALTO | Basado en sus respuestas, usted no puede entrar al edificio. Favor de salir y llamar a Recursos Humanos al 610-344-6280 para las instrucciones antes de irse. |
| Si respondió no a todas estas preguntas | ADELANTE | Puede entrar al edificio. Asegúrese en: <ul style="list-style-type: none"> usar la mascarilla en todo tiempo practicar distanciamiento físico ir al hogar inmediatamente si se enferma no compartir audífonos u objetos que se usan cerca de la cara |

Building Location: _____