

Estamos investigando un brote de enfermedad respiratoria en trabajadores de <lugar>. Por favor complete la siguiente encuesta para ayudarnos a prevenir nuevos casos. La información que provea es confidencial y NO va afectar su estatus o condición de empleo en la Columbia Británica.

| | | | |
|---|--|--|--|
| Nombre: | | | |
| Sexo | | | |
| Fecha de nacimiento: día / mes / año: | | | |
| Número de seguro médico en Canadá (PHN): | | | |
| Dirección (si vive en <lugar>, casa o trailer): | | | |
| Número de teléfono: | | | |
| Email: | | | |
| Fecha de llegada a Canadá: día / mes / año: | | | |

¿ Tiene ahora o ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde el 1ero de Marzo del año 2020?

| Síntoma | No | Si | En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó el síntoma? | Si los síntomas han terminado, ¿cuándo terminaron los síntomas? |
|---|----|----|---|---|
| Resfriado | | | | |
| Ojo rojo o lagrimeo | | | | |
| Tos | | | | |
| Diarrea | | | | |
| Cansancio | | | | |
| Fiebre o calentura | | | | |
| Dolor or ardor en la garganta | | | | |
| Escurrimiento nasal | | | | |
| Falta de aire / dificultad para respirar | | | | |
| Dolor de espalda | | | | |
| Otros: proporcione detalles en la sección de notas a continuación | | | | |
| Notas: | | | | |

| | | | |
|--|-----------|-----------|--|
| ¿Ha recibido atención médica desde su llegada a Canadá? En caso afirmativo, ¿por qué buscaste atención? | No | si | En caso afirmativo, ¿en qué fecha buscó atención? (día mes año) |
| | | | |