La salud y seguridad de nuestros empleados, clientes, familias y visitantes continúa siendo la más alta prioridad de Coilplus, Inc. Debido a que la situación de Coronavirus permanece a escala mundial, estamos solicitándote que pases el filtro de entrada y llenes este cuestionario para ayudar a prevenir los contagios y exposición al COVID-19.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del visitante: | Teléfono del visitante(celular/casa) |
| Compañía / Organización: | Contacto en Coilplus: |
| Planta Coilplus: |

|  |
| --- |
| **Auto-Declaración del Visitante** |
| 1 | ¿Recibiste la vacuna de Covid 19? SI  NO *(Por favor toma en cuenta que se requieren 2 semanas después de haber sido vacunado para alcanzar la protección que brindan las vacunas, todos los visitantes deben utilizar tapabocas en todo momento dentro de nuestras instalaciones.)* |
| 2 | ¿Regresaste de un viaje internacional en los 14 días previos a tu visita a Coilplus?Si  No  |
| 3 | ¿Has tenido contacto cercano con alguien que haya realizado un viaje internacional en los últimos 14 días?Si  No  |
| 4 | ¿Has tenido contacto cercano o has cuidado de alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días? Si  No  |
| 5 | ¿Has experimentado algún síntoma similar al refriado o gripe en los últimos 14 días? (Estos síntomas incluyen fiebre, tos, dolor de cabeza, dificultad para respirar y diarrea) Si  No  |  |

Si respondiste “SI” a las preguntas 2, 3, 4 ó 5, el acceso a la Planta puede ser negado por ahora.

Firma (visitante): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Nota: Si tienes agendada una visita por días consecutivos, por favor avisa de inmediato a tu contacto en Coilplus en caso de algún cambio en tus respuestas. La información recolectada en este formato será utilizada para permitir o denegar tu acceso a las instalaciones de Coilplus. Si tienes alguna duda, coméntala con tu contacto de Coilplus.

Acceso a la Planta (Encierra una): Aprobado \_\_\_\_ Denegado \_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_