

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.

Name: _____ Date: _____ Department: _____

Section 1: Complete this section if you or any family members with you traveled outside of PA in the last 14 days, for any reason other than work, healthcare, or to comply with a court order.

If you have not traveled, skip to section 2.

Did you get a COVID-19 test within 72 hours prior to your arrival or after your arrival in PA?	Yes	No
--	------------	-----------

If you responded NO to the question above:	STOP	Based on your response, 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.
--	-------------	---

Section 2: Everyone must complete the following questions.

Do you or any family members <u>with you</u> have any of the following symptoms? <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Shortness of breath <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"/> 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 or any family members <u>with you</u> taking any medication to treat or <u>suppress a fever</u> ? (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 or a health procedure?	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
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 in Section 1:	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 in Section 2:	GO	You may enter the building. You must: <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: _____ Fecha: _____ Departamento: _____

Sección 1: Complete esta sección si usted o algún miembro de su familia con usted viajaron fuera de PA en los últimos 14 días, por cualquier razón aparte de ir al trabajo o recibir atención médica o cumplir con una orden judicial. Si no ha viajado, continúe con la sección 2.

¿Recibió la prueba del COVID-19 dentro de 72 horas antes de llegar o después de su llegada a PA?	SÍ	No
--	-----------	-----------

Si respondió no a esta pregunta	ALTO	Basado en su respuesta, usted no puede entrar al edificio. Favor de salir y llamar a Recursos Humanos al 610-344-6280 para las instrucciones antes de irse.
---------------------------------	-------------	---

Sección 2: Todos deben completar las siguientes preguntas.

¿Tiene usted o algún familiar <u>con usted</u> alguno de estos síntomas? <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar <input type="checkbox"/> Corto de Respiración <input type="checkbox"/> Falta de sentido del olfato o del gusto (sin congestión)	SÍ a 1 o más	No
¿Tiene usted o algún familiar <u>con usted</u> 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	SÍ a 2 o más	No
¿Está usted o algún familiar <u>con usted</u> tomando alguna medicina para tratar o <u>reprimir la fiebre</u> ? (Por ejemplo, acetaminofén o ibuprofeno)	SÍ	No
¿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?	SÍ	No
¿Está usted o algún familiar <u>con usted</u> ha tenido una prueba positiva para el COVID-19 en los últimos 10 días?	SÍ	No
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?	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
---	-----------------	---

Building Location: _____

Coronavirus COVID-19 Employee Screening

All employees are required to complete the following screening questions before entering the building.

Name: _____ Date: _____ Department: _____

Section 1: Complete this section if you traveled outside of PA in the last 14 days, for any reason other than work, healthcare, or to comply with a court order. If you have not traveled, skip to section 2.

Did you get a COVID-19 test within 72 hours prior to your arrival or after your arrival in PA?	Yes	No
--	------------	-----------

If you responded NO to the question above:	STOP	Based on your response, 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.
--	-------------	---

Section 2: Everyone must complete the following questions.

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"/> 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 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 or a health procedure?	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 with someone who has COVID-19? Close contact means you were within 6 feet of that person for 15 minutes or longer.	Yes	No
Do you have a fever? (Based on screening at entry)	Yes	No

If you responded YES to ANY of the questions in Section 1:	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 in Section 2:	GO	You may enter the building. You must: <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.

Nombre: _____ Fecha: _____ Departamento: _____

Sección 1: Complete esta sección si usted viaja fuera de PA en los últimos 14 días, por cualquier razón aparte de ir al trabajo o recibir atención médica o cumplir con una orden judicial. Si no ha viajado, continúe con la sección 2.

¿Recibió la prueba del COVID-19 dentro de 72 horas antes de llegar o después de su llegada a PA?	SÍ	No
--	-----------	-----------

Si respondió NO a esta pregunta	ALTO	Basado en su respuesta, usted no puede entrar al edificio. Favor de salir y llamar a Recursos Humanos al 610-344-6280 para las instrucciones antes de irse.
---------------------------------	-------------	---

Sección 2: Todos deben completar las siguientes preguntas.

¿Tiene usted alguno de estos síntomas? <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar <input type="checkbox"/> Corto de Respiración <input type="checkbox"/> Falta de sentido del olfato o del gusto (sin congestión)	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	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
¿Está 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

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

Building Location: _____