



## Acuerdo de Asociado para el Regreso a los Servicios en Persona

Acepto ir a trabajar sólo después de haber tomado mi temperatura antes de cada turno y cuando me siento saludable y no mostrar signos de enfermedad \_\_\_\_\_(inicial).

Según los CDC, los signos de enfermedad COVID-19 son los siguientes:

- Fiebre (temperatura de 100.4o o superior en las últimas 48 horas)
- Respiración rápida o dificultad para respirar (sin actividad física reciente)
- Tos
- Dolor Masculino
- Dolor De Garganta
- Enfríe y/o temblores repetidos con escalofríos
- Dolor De Cabeza
- Pérdida de sabor u olor

Entiendo que se me dará una máscara de cara lavable para usar durante las horas de trabajo. Acepto lavar esta mascarilla para asegurarme de que tengo una mascarilla limpia para usar cada día (inicial)\_\_\_\_\_

Entiendo que se me dará desinfectante de manos, jabón de manos y desinfectante de limpieza para utilizar durante las sesiones de terapia. Acepto mantener estos artículos en mi posesión durante las horas de trabajo. Almacenaré estos artículos de forma segura en mi bolsa de los Sesales de Pascua y los mantendré fuera del alcance de los niños en todo momento (inicial)\_\_\_\_\_

Reconozco que he revisado el examen de salud antes de la sesión y completaré este formulario de selección antes de cada sesión \_\_\_\_\_(inicial).

Acepto seguir y adherirme a la Lista de verificación de la sesión de seguridad y completarla durante cada sesión \_\_\_\_\_(inicial).

Acepto seguir todas las políticas y procedimientos relacionados con la minimización del riesgo de infección por COVID-19\_\_\_\_\_ (initial).



He completado el Relias COVID-19 Retorno al Trabajo, Control de Infecciones y Servicios de Autismo Entrenamiento Específico, y mis preguntas sobre la Seguridad COVID-19 han sido respondidas y entiendo además que es mi responsabilidad revisar las Políticas y Procedimientos actualizados ya que están disponibles \_\_\_\_\_(inicial).

Mi firma a continuación indica que he leído, entiendo y acepto las políticas y procedimientos descritos en este documento. Entiendo también que es mi responsabilidad entender y seguir las Políticas y Procedimientos de Seguridad COVID-19.

Nombre De Empleado(Imprimir)\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_