**COVID-19 Screening Verification**

**CoVID-19 Verificación de cribado**

(This form is to be completed by Subcontractors/Suppliers/Other Project Visitors each day prior to work)

(Este formulario debe ser completado por subcontratistas/proveedores/otros visitantes del proyecto cada día antes del trabajo)

In order for individuals to gain entry to the project site, they must first be screened for factors associated with COVID-19 infection. It is the subcontractor’s responsibility to screen all of their employees, sub-tier subcontractors, and others for which they are responsible. The following screening questions should be asked daily and prior to each shift. This form must be provided to site supervision prior to any worker entering the project to work. Entry to the project site may be denied based on the information provided during the screening.

Para que las personas puedan entrar en el sitio del proyecto, primero deben ser examinadas para detectar factores asociados con la infección COVID-19. Es responsabilidad del subcontratista examinar a todos sus empleados, subcontratistas de subnivel y otros de los que son responsables. Las siguientes preguntas de selección deben hacerse diariamente y antes de cada turno. Este formulario debe proporcionarse a la supervisión del sitio antes de que cualquier trabajador ingrese al proyecto a trabajar. La entrada al sitio del proyecto puede ser denegada en base a la información proporcionada durante el examen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Subcontractor Name:  Nombre del subcontratista: | | |  | | | |
| Project Name:  Nombre del proyecto: | | |  | | | |
| 1 | | Have any of your workers traveled outside of the country within the last 30 days?- ¿Algun trabajador tuyo ha viajado fuera del país en los últimos 30 días? | | | Yes/Si | No |
| 1b | If “Yes”, where and what date did they return- En caso afirmativo, dónde y en qué fecha regresaron | |  | | |
| 2 | | Have any of your workers had close contact with a person who has been diagnosed with COVID-19 or displayed symptoms of COVID-19 while that person was ill?- ¿Algún trabajador tuyo ha tenido contacto cercano con una persona que ha sido diagnosticada con COVID-19 o ha mostrado síntomas de COVID-19 mientras esa persona estaba enferma? | | | Yes/Si | No |
| 2b | If “Yes”, when did that occur:- Si "Sí", cuando paso ? | |  | | |
| 3 | | Do any of your workers have symptoms of lower respiratory illness? (e.g. acute cough, shortness of breath)- ¿Algun trabajador tuyo ha tenido síntomas de enfermedad respiratoria inferior? (por ejemplo, tos aguda, dificultad para respirar) | | | Yes/Si | No |
| 4 | | Do any of your workers have a fever ≥ 99.6° Fahrenheit or symptoms of a fever such as chills, muscle aches and/or weakness?- ¿Algun trabajador tuyo tiene un fiebre ≥ 99.6° Fahrenheit o síntomas de fiebre como escalofríos, dolores musculares y/o debilidad? | | | Yes/Si | No |
| 5 | | Did all of your workers take your temperature today before leaving home?- ¿Todos sus trabajadores tomaron su temperatura hoy antes de salir de casa? | | | Yes/Si | No |

If any worker answers “Yes” to questions 1-4 or “No” to question 5, please do not allow them on the project and immediately inform the Project Superintendent or other designated project supervisor. Do not disclose the name of the individual responding.

Si algún trabajador responde "Sí" a las preguntas 1-4 o "No" a la pregunta 5, por favor no los permita en el proyecto e informe inmediatamente al Superintendente del Proyecto u otro supervisor designado del proyecto. No revele el nombre de la persona que responde.

I hereby certify that the above screening protocol was followed and completed on the date below:

Por la presente certifico que el protocolo de selección fue seguido y completado en la fecha a continuación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Printed Name of Screener  Nombre de examinador | |  | |
| Date  Fecha |  | Time  Hora |  |

**Note: Close contact is defined as: Being within approximately 6 feet (2 meters) or within the room or care area for a prolonged period of time while not wearing recommended personal protective equipment (e.g., gowns, gloves, respirator, eye protection). Having direct contact with infectious secretions (e.g., being coughed on) while not wearing recommended personal protective equipment.**

**Noe: El contacto cercano se define como: Estar dentro de aproximadamente 6 pies (2 metros) o dentro de la habitación o área de cuidado durante un período prolongado de tiempo sin usar el equipo de protección personal recomendado (por ejemplo, batas, guantes, respirador, protección ocular). Tener contacto directo con secreciones infecciosas (por ejemplo, ser tosido) sin usar el equipo de protección personal recomendado.**

***Disclaimer***

This document is written as a general guideline. The Natural Stone Institute and its member companies have neither liability nor can they be responsible to any person or entity for any misunderstanding, misuse, or misapplication that would cause loss or damage of any kind, including loss rights, materials, or personal injury, or alleged to be caused directly or indirectly by the information contained in this document. Companies encouraged to consult with their union contract and/or legal counsel prior implementing any new forms.