



COVID-19


Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây trước khi bắt đầu ngày làm việc của quý vị.

Tên: _____

Ngày: _____ Thời gian: _____


Quý vị có triệu chứng nào trong số dưới đây (mới hoặc trầm trọng hơn):

Có
Không



Sốt

Có
Không



Ho

Có
Không



Khó thở

Có
Không



Đau họng, khó nuốt

Có
Không



Chảy nước mũi

Có
Không



**Mất vị giác hoặc
khứu giác
(ngửi mùi)**

Có
Không



Không thấy khỏe

Có
Không



**Buồn nôn, nôn mửa,
tiêu chảy**

Có Quý vị có tiếp xúc với người đã được xác nhận mắc COVID-19
Không trong 14 ngày vừa qua mà không đeo/mang thiết bị bảo hộ cá nhân phù hợp hay không?

Có Quý vị có đi nước ngoài về Canada trong 14 ngày vừa qua
Không hay không?

Nếu quý vị trả lời CÓ cho bất kỳ câu nào trong những câu hỏi này, hãy ở nhà và tự cách ly ngay. Gọi điện cho Telehealth hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe của quý vị, để biết quý vị có cần xét nghiệm hay không.