

COVID-19 FORMULARIO DE AUTO-REPORTE DE ESTUDIANTE

Morton College está monitoreando de cerca la enfermedad del coronavirus (COVID-19). Estamos comprometidos a mantener a la comunidad del campus segura.

Por favor, informe utilizando este formulario si cumple con uno de los siguientes criterios:

(1) Se sabe que tiene COVID-19 por diagnóstico médico o por pruebas positivas, incluso si no está mostrando síntomas de COVID-19. (REQUERIDO PARA INFORMAR)

(2) Se le ha informado de que estuvo en contacto directo con otra persona que fue diagnosticada médicamente o dio positivo para COVID-19.

(3) Tiene cualquiera de los siguientes síntomas de COVID-19

Fiebre o escalofríos,
Tos
Falta de la respiración
o dificultad para
respirar

Fatiga
Dolor muscular o corporal
Dolor de cabeza
Perdida del olfato o sabor

Dolor de garganta
Congestion o secreción
nasal
Nausea, vomito o diarrea

Si ha estado expuesto a alguien que fue diagnosticado médicamente, dio positivo de COVID-19, o si tiene cualquiera de los síntomas anteriores, tome las siguientes medidas de acción que sean consistentes con [Centers for Disease Control and Prevention guidance](#):

1. Realizar cuarentena, aislarse durante 14 días apartir de la última vez que tuvo contacto directo con una persona que se sabe que tiene COVID-19.
2. 2. Controle sus síntomas; si empeoran, comuníquese con su proveedor de salud.
3. 3. Practique el distanciamiento físico y use una cubierta de tela.

INFORMACIÓN PERSONAL

Al completar este formulario, usted acepta que un empleado de la universidad le contacte para proporcionarle recursos y apoyo necesarios. Toda la información personal proporcionada es confidencial. El empleado de Morton College no revelará su identidad a las personas con las que tuvo contacto.

Nombre: No.de ID Correo

Telefono: Electronico

Domicilio:

Ciudad & Estado
Codigo postal



PREGUNTAS

¿Ha sido diagnosticado con COVID-19 por un proveedor de atención médica? (Requerido)

SI No NO SE

En caso afirmativo, fecha de contacto o exposición (MM/DD/AAAA):

Cuándo fue el contacto o exposición:

Ubicación del contacto (si se conoce) (requerido):

¿Ha estado en contacto directo con una persona que ha dado positivo o ha sido diagnosticada médicamente con COVID-19? (Requerido)

SI No NO SE

En caso afirmativo, fecha de contacto o exposición (MM/DD/AAAA):

Tiempo de contacto o exposición:

Lugar de contacto (si se sabe)(Requerido):

¿Has estado en el campus desde la exposición o aparición de los síntomas? (Requerido)

SI No

En caso afirmativo, describa qué ubicación del campus visitó, a dónde fue y qué hizo mientras estaba en el campus.

Documentación de apoyo

Por favor, envíe por correo electrónico a los médicos nota, fotos, video, correo electrónico y otros documentos de apoyo a deanofstudents@morton.edu

INFORMACIÓN ADICIONAL

Envíe el formulario completo con documentación a deanofstudents@morton.edu

Toda la información recopilada es confidencial y solo se enrutará a los funcionarios del campus con una necesidad legítima de saber.

Para obtener más información sobre las enfermedades y las medidas de seguridad que Morton College ha tomado, visite nuestra página www.morton.edu.

Gracias por auto-reportarse. ¡Mantenga Morton College seguro!