

EMPLOYEE COVID-19 CERTIFICATION

By signing below, I certify that:

- I have not testified positive for COVID-19;
- I am not awaiting results from a COVID-19 test taken out of suspicion of having COVID-19 or at the recommendation of a health care provider;
- I am not experiencing now, and have not experienced in the last 14 days, fever, cough, shortness of breath or trouble breathing, persistent chest pain or pressure, extreme fatigue or unexplained or unusual confusion, and/or bluish lips or face (collectively, “COVID-19 symptoms”);
- I have not been exposed to (i.e. come within 6 feet of or cohabitated with) someone known to have tested positive for COVID-19;
- I have not been exposed in the last 14 days to someone known to have been exhibiting COVID-19 symptoms; and
- I have not traveled outside the country in the last 14 days.

Employee Name: _____
[PRINT NAME HERE]

Signature: _____

Date: _____

Witness: _____

EMPLEADO COVID-19

CERTIFICACIÓN

Al firmar a continuación, certifico que:

- No he dado positivo en las pruebas para COVID-19;
- No espero los resultados de una prueba COVID-19 por sospecha de tener COVID-19 o por recomendación de un profesional sanitario;
- No estoy experimentando ahora, y no he experimentado en los últimos 14 días, fiebre, tos, falta de aliento o dificultad para respirar, dolor o presión persistente en el pecho, fatiga extrema o confusión inexplicada o inusual, y / o labios o cara azulados (conjuntamente, "síntomas de COVID-19");
- No he estado expuesto a (es decir, yo no estaba a menos de 6 pies de distancia o cohabitaba con) alguien que se sabe que dio pruebas positivas por COVID-19;
- No he estado expuesto en los últimos 14 días a alguien que haya tenido síntomas de COVID-19; y
- No he viajado fuera del país en los últimos 14 días.

Nombre del empleado: _____
[IMPRIMA EL NOMBRE AQUÍ]

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____