

Please review the following questions and note the corresponding actions. Please report your survey result status when you are signing in at the registration desk.

UC ANR Visitor Clearance Survey

Do you have or have you had any of the following symptoms in the last 24 hours (**not from a known or chronic condition**)?

Fever (100.0°F / 37.8°C or higher)	Cough	Shortness of breath / Difficulty breathing
Muscle pains / body aches	Headache	Loss of sense of taste or smell
Unusual or severe fatigue	Sore throat	Runny Nose / Sinus congestion
Nausea or vomiting	Diarrhea	

*If yes to any symptoms, end of survey. **Do Not Enter.**
Self-isolate and monitor symptoms.*

Have you tested positive for COVID-19 in the past 10 days?

*If test is positive, end of survey. **Do Not Enter.**
Self-isolate and monitor symptoms.*

Within the past 10 days have you been in close contact with a person who has tested positive or is presumed positive for COVID-19? "Close contact" is defined as being within 6 feet of an infected person for a cumulative total of 15 minutes or more.

*If yes, end of survey. **Do Not Enter.** Practice self-quarantine.*

Are you currently staying home from work due to illness or because you have been directed by your medical provider or a public health official to quarantine?

*If yes, end of survey. **Do Not Enter.** Practice self-quarantine.*

*If the answers to all above questions "no," you are **Cleared to Enter** UC ANR facilities or participate in ANR in-person programming.*

*A "yes" answer to any of the questions above indicates that you may have symptoms or have been exposed to COVID-19. Please **Do Not Enter.** You should self-quarantine or isolate, consult your medical provider, and consider being tested for COVID-19.*

Revise las siguientes preguntas y anote las acciones correspondientes. Comuníquese los resultados de su encuesta cuando se registre

Encuesta de autorización para visitantes de UC ANR

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas (que no se deba a una condición crónica)?

- Fiebre
- Diarrea
- Tos
- Dolores musculares / dolores en el cuerpo
- Falta de aliento / Dificultad para respirar
- Pérdida del sentido del gusto u olfato
- Fatiga severa poco usual
- Garganta irritada
- Ojos enrojecidos o sin secreción
- Escurrimiento nasal / congestión nasal

*Si respondió a uno de los síntomas, termine la encuesta **Quédese en casa**. Continúe observando sus síntomas. Contacte a su médico para una evaluación y prueba. Para mayor información vea la Respuesta **Quédese en Casa**.*

Si su respuesta es no, prosiga a la siguiente pregunta.

¿Ha salido positivo al COVID-19 en los últimos diez días?

*Si la respuesta es sí, termine la encuesta. **Quédese en casa** por lo menos durante diez días y hasta que sus síntomas hayan desaparecido o su médico le autorice a regresar al trabajo. Para mayor información, vea la respuesta **Quédese en casa**.*

Si la respuesta es no, prosiga a la siguiente pregunta.

En los últimos diez días, ¿Ha estado en contacto con alguna persona que es positivo o presuntamente positivo con COVID-19? (Nota: si vive con alguna persona con COVID-19 o ha estado en contacto repetidamente con alguien con COVID-19, ¿Han pasado por lo menos diez días desde que esa persona fue autorizada a salir de la cuarentena o se recuperó?)

*Si la respuesta es sí, termine la encuesta. **Quédese en casa**. Permanezca aislado en casa. Para mayor información, vea la Respuesta **Quédese en Casa**.*

Si la respuesta es no, prosiga a la siguiente pregunta.

¿Actualmente, se queda en casa y no va a trabajar debido a una enfermedad o porque su proveedor médico o los funcionarios de salud pública le han indicado guardar cuarentena?

*Si la respuesta es sí, termine la encuesta. **Quédese en casa**. Permanezca aislado en casa. Para mayor información vea la Respuesta **Quédese en Casa**.*

Si la respuesta es no, prosiga a la siguiente pregunta.

*Si la respuesta a todas las preguntas anteriores es “no”, **está autorizado para ingresar** a las instalaciones de UC ANR o participar en la programación de ANR en persona.*

*Una respuesta “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores indica que puede tener síntomas o haber estado expuesto al COVID-19. Por favor, **no ingrese**. Debe ponerse en cuarentena o aislarse, consultar a su proveedor médico y considerar hacerse la prueba de COVID-19.*