



# POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIONES DE SALUD

Adaptado de las directrices desarrolladas por el [YMCA del Condado de San Diego](#)

## Evaluaciones de salud

Antes de llevar a cabo cualquier servicio de relevo de descanso, se completará una evaluación de salud basada en las recomendaciones del departamento de salud del condado para una reapertura segura. Esta evaluación se realizará cada vez que un proveedor, cliente o cualquier otra persona ingrese a un espacio donde el cuidado de relevo de descanso está ocurriendo.

- Los proveedores de relevo de descanso deben completar sus propias autoevaluaciones 24 horas antes de una cita de relevo de descanso para que puedan cancelar con anticipación si es necesario. Los proveedores deben reevaluarse el día del servicio antes de ingresar al espacio donde se va a realizar el cuidado de relevo de descanso – típicamente la casa del cliente.
- Los clientes y cualquier otro individuo dentro del espacio donde se provee el cuidado de relevo de descanso también deben someterse a una evaluación de salud. Si cualquier individuo se niega a contestar o a participar en la evaluación de salud, no se proveerá el cuidado de relevo de descanso.
- Se debe mantener el distanciamiento social durante el cuestionario de la evaluación de salud.
- Los proveedores de relevo de descanso deben marcar tarjeta antes de completar las evaluaciones de salud, ya que este tiempo es remunerable.

## Cuestionario de evaluación de salud

Responda a las siguientes preguntas:

SÍ  NO ¿Ha viajado afuera del país en los últimos 14 días?

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

(Esta lista no incluye todos los posibles síntomas. El CDC seguirá actualizando la lista a medida que aprendemos más sobre el COVID-19.)

SÍ  NO Tos

SÍ  NO Dolor de garganta

SÍ  NO Dificultad para respirar o sentir que le falta el aire

SÍ  NO Pérdida reciente del olfato o el gusto

SÍ  NO Fiebre de más de 100° F

SÍ  NO Náuseas, vómitos o diarrea

SÍ  NO Escalofríos

SÍ  NO Dolor de cabeza

SÍ  NO Dolores musculares

SÍ  NO Congestión o moqueo

SÍ  NO ¿Ha estado en contacto cercano (dentro de 6 pies por más de 10 minutos) con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días?

Si un(a) **PROVEEDOR(A) DE RELEVO DE DESCANSO** contesta **SÍ** a cualquiera de las preguntas de la evaluación, debe:

- Aislarse de los demás.
- Llamar a su supervisor(a) y proveer la información requerida para un reporte.
- Llamar a su(s) cliente(s) de relevo de descanso y avisarle(s) que tendrán que cancelar hasta nuevo aviso.
- Contactar a su proveedor(a) médico/a. Si no tiene un seguro médico, debe llamar al 211 para comunicarse con la línea de enfermeros de COVID-19 para recibir orientación sobre cómo recibir una prueba y cuándo será seguro regresar al trabajo.
- Avisar a su supervisor(a) y cliente(s) cuando un(a) proveedor(a) médico/a le de una fecha esperada de regreso seguro al trabajo.

Si un(a) proveedor(a) de relevo de descanso ha estado en contacto cercano con un caso confirmado, no podrá proveer relevo de descanso por 14 días desde la fecha de contacto y debe seguir las recomendaciones de su proveedor(a) médico/a u oficial de salud.

Si un(a) **CLIENTE/A** u otro **MIEMBRO DEL HOGAR** contesta **SÍ** a cualquiera de las preguntas de la evaluación, el/la **PROVEEDOR(A) DE RELEVO DE DESCANSO** debe:

- Cancelar la cita.
- Avisar a su supervisor(a) sobre la cancelación y el motivo de la cancelación.
- Pedir al cliente/miembro del hogar que contacte a su proveedor(a) médico/a y le avise cuando su proveedor(a) médico/a considere que sea seguro reanudar los servicios.
- Avisar a su supervisor(a) sobre cualquier noticia sobre la situación, incluyendo especialmente la fecha en la cual se reanudarán los servicios.



## POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIONES DE SALUD

### Reporte de síntomas, exposición o caso confirmado

Los **PROVEEDORES DE RELEVO DE DESCANSO** deben informar sobre sus **PROPIOS** síntomas, exposición o caso confirmado a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Favor de incluir lo siguiente:

- Nombre
- Edad
- ¿Síntomas, exposición y/o caso confirmado?
- Si hay síntomas: ¿cuáles síntomas y cuándo se dio cuenta de ellos?
- Si hubo una exposición: ¿cómo, cuándo, dónde y por quién(es) fue expuesto?
- ¿Se ha auto-aislado? Si es así, incluir la fecha.
- ¿Se ha hecho una prueba? Si es así, incluir la fecha.
- Resultados de la prueba
- Plan de gestión según su proveedor(a) médico/a (por ejemplo, aislamiento en su habitación, aislamiento en la casa, hospitalización)

Esta información se mantendrá confidencial en la agencia de relevo de descanso solo para los directores del programa de relevo de descanso y no se agregará al expediente personal del empleado. También se le informará al departamento de salud del condado sobre esta información de acuerdo a los requisitos de información.

Los **PROVEEDORES DE RELEVO DE DESCANSO** deben informar sobre los síntomas, exposición o caso confirmado de un(a) **CLIENTE/A** u otro **MIEMBRO DEL HOGAR** a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Favor de incluir lo siguiente:

- Nombre del cliente
- Fecha para la cual un(a) proveedor(a) médico/a indica que será seguro reanudar los servicios

Esta información se mantendrá confidencial en la agencia de relevo de descanso solo para los directores del programa de relevo de descanso. También se le informará al departamento de salud del condado sobre esta información de acuerdo a los requisitos de información.