

COVID-19 Employee/Health Care Workers Screening Tool

Nananom Assisted Living	Person completing the form:	Month:
-------------------------	-----------------------------	--------

Screen each person entering your facility for symptoms. Circle an answer for each symptom reported.

Any person who screens **Yes** to one or more of the symptoms below should not enter the facility.

Exclude staff until they are fever-free (without medication) for 24 hours and 10 days have passed since their first symptom unless they have a clear alternative diagnosis from a medical provider.

If more than one employee develops symptoms within 14 days, contact the Department of Health Services within 24 hours for guidance.

These forms will be retained in a secure place for three months, and will be provided, upon request, to public health agencies.

Employee's Name:	Date:	Check symptoms daily before starting of shift.										
		Fever 100.4°F or above	Fatigue	Headache	Congestion/ runny nose	Nausea/ vomiting/ or diarrhea	Cough	Shortness of breath or difficulty breathing	Chills	Muscle aches	Sore throat	New loss of taste or smell
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

Manager/Designee signature: _____

COVID-19 Visitor's Health Symptom Screening Tool

Nananom Assisted Living	Person completing the form:	Month:
-------------------------	-----------------------------	--------

Screen each person entering your facility for symptoms. Circle an answer for each symptom listed. Any person who screens *Yes* to one or more of the symptoms below should not enter your facility.

These forms will be retained in a secure place for three months, and will be provided, upon request, to public health agencies.

Visitor's Name:	Date:	Check symptoms before entry										
		Fever 100.4°F or above	Fatigue	Headache	Congestion /runny nose	Nausea/ vomiting/ or diarrhea	Cough	Shortness of breath or difficulty breathing	Chills	Muscle aches	Sore throat	New loss of taste or smell
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
		Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

Manager/Designee signature: _____