

# LPS 20-21 Daily COVID-19 Attestation Form

All LPS Employees are required to complete this form daily BEFORE arriving to work. If you answer **YES** to any of the questions, please notify your supervisor before reporting to your location.

## LPS 20-21 Formulario de Certificación - Preguntas Relacionada con COVID-19

Todos los empleados de LPS deben completar este formulario diariamente ANTES de llegar al trabajo. Si responde **SÍ** a cualquiera de las preguntas, por favor notifique a su supervisor antes de reportarse a su ubicación.

---

1. Full Name \_\_\_\_\_ Nombre Completo \_\_\_\_\_
2. What is your MUNIS ID Number? (You can locate on your paystub) *¿Cuál es su número de identificación de MUNIS? (Lo puedes encontrar en tu comprobante de pago)* \_\_\_\_\_
3. Today's date/Fecha de Hoy *Example/Ejemplo: January 7, 2019* \_\_\_\_\_
4. Anticipated Hours in School Today/Horario Anticipado Hoy en El Trabajo *(example/ejemplo 8:00am - 4:30pm)* \_\_\_\_\_
5. Role/Position - *¿Cuál es tu posición o área de trabajo?* \_\_\_\_\_
6. Do you have a fever or have you felt feverish in the past 24 hours or had a measured temperature above 100.0 degrees? *¿Tienes fiebre o te has sentido con fiebre en las últimas 24 horas o has tenido una temperatura medida por encima de 100.0 grados?*  
*Mark only one option / Marca solo una opción.*
  - NO Go to next question / *Sigue a la próxima pregunta*
  - YES Skip to question 15 / *Sigue a la pregunta numero 15*
7. Do you have a new cough not related to a chronic condition? *¿Tiene una tos nueva no relacionada con una condición crónica?*  
*Mark only one option / Marca solo una opción.*
  - NO Go to next question / *Sigue a la próxima pregunta*
  - YES Skip to question 15 / *Sigue a la pregunta numero 15*
8. Do you have shortness of breath or chest pain? *¿Tienes dificultad para respirar o dolor en el pecho?*  
*Mark only one option / Marca solo una opción.*
  - NO Go to next question / *Sigue a la próxima pregunta*
  - YES Skip to question 15 / *Sigue a la pregunta numero 15*
9. Do you have new nasal congestion or a new runny nose (not related to seasonal allergies)? *¿Tienes una nueva congestión nasal o nuevo goteo nasal (no relacionado con alergias de temporada)?*  
*Mark only one option / Marca solo una opción.*
  - NO Go to next question / *Sigue a la próxima pregunta*
  - YES Skip to question 15 / *Sigue a la pregunta numero 15*

10. Do you have muscle aches? (unrelated to recent physical activity) *¿Tienes dolores musculares? (no relacionados con reciente actividad física)*  
Mark only one option / Marca solo una opción.
- NO Go to next question / Sigue a la próxima pregunta
- YES Skip to question 15 / Sigue a la pregunta numero 15
11. Do you have a new loss of taste or smell? *¿Tienes una nueva perdida de sabor u olor?*  
Mark only one option / Marca solo una opción.
- NO Go to next question / Sigue a la próxima pregunta
- YES Skip to question 15 / Sigue a la pregunta numero 15
12. Do you have nausea, vomiting or diarrhea? *¿Tienes náuseas, vómitos o diarrea?*  
Mark only one option / Marca solo una opción.
- NO Go to next question / Sigue a la próxima pregunta
- YES Skip to question 15 / Sigue a la pregunta numero 15
13. Have you had "close contact" with an individual diagnosed with COVID-19 in the last 48 hours? ("Close contact" means living in the same household as a person who has tested positive for COVID-19, caring for a person who has tested positive for COVID-19, being within 6 feet of a person who has tested positive for COVID-19 for about 15 minutes or longer, or coming in direct contact with secretions (e.g., sharing utensils, being coughed on) from a person who has tested positive for COVID-19, while that person was infectious with or without symptoms and the 48 hour prior to onset of symptoms or positive test.)
- ¿Has tenido "contacto cercano" con individuo con COVID-19 en las ultimas 48 horas? ("Contacto cercano" significa vivir en el mismo hogar que una persona que ha dado positivo en la prueba de COVID-19, cuidar a una persona que ha dado positivo en la prueba de COVID-19, estar a menos de 6 pies de una persona que ha dado positivo en la prueba de COVID-19 durante unos 15 minutos o más, o e estar en contacto directo con fluidos (por ejemplo, compartir utensilios, haber sido tosido de una persona que ha dado positivo en la prueba de COVID-19, mientras esa persona estaba infectada} con o sin síntomas y las 48 horas previas a la aparición de los síntomas o a la prueba positiva.*
- Mark only one option / Marca solo una opción.
- NO Go to next question / Sigue a la próxima pregunta
- YES Skip to question 15 / Sigue a la pregunta numero 15
14. During the LAST 14 DAYS, have you travelled out of state or internationally? (Exception for those traveling from CO, CT, ME, NH, NJ, NM, NY, OR, VT and WA)? Durante los ÚLTIMOS 14 DÍAS, ¿Has viajado fuera del estado o internacionalmente? (Excepto para aquellos que viajan desde CO, CT, ME, NH, NJ, NM, NY, OR, VT o WA)?
- Mark only one option / Marca solo una opción.
- NO Please provide form to your Supervisor/Por favor entrega el formulario a tu Supervisor.
- YES Skip to question 15 / Sigue a la pregunta numero 15

## **15. STOP - Do Not Come to Work and Contact Your Supervisor/PARE - No Te Reportes a Trabajar Y Comunícate Con Tu Supervisor.**

- Stay home, log your absence into ESS/ *Quedase en casa, entre su ausencia en ESS.*
- Contact your immediate Supervisor and e-mail Human Resources at: / *Contacta su supervisor y mande un correo electrónico a: [Kristin.Marino@lawrence.k12.ma.us](mailto:Kristin.Marino@lawrence.k12.ma.us).*
- Do not report to work until you have been cleared by your primary care doctor or health care provider/ *No se reporte al trabajo antes de recibir el aviso de un medico.*