



Superior Court of California
COUNTY OF ALAMEDA

COVID-19 Health Screening Survey

Per the recommendations of the Alameda County Public Health Department the Court is performing health screenings on all members of the public to check for possible symptoms of COVID-19.

HEALTH SCREENING QUESTIONS	YES	NO
1. Within the last 10 days have you been diagnosed with COVID-19 or had a test confirming you have the virus?		
2. Do you live in the same household with, or have you had close contact* with someone who in the past 14 days has been in isolation for COVID-19 or had a test confirming they have the virus?		
3. Have you had any one or more of these symptoms today or within the past 24 hours, which is new or not explained by a reason other than possibly having COVID-19? - Fever, Chills, or Repeated Shaking/Shivering - Cough - Sore Throat - Shortness of Breath, Difficulty Breathing - Feeling Unusually Weak or Fatigued - Loss of Taste or Smell - Muscle Pain - Nausea or Vomiting - Diarrhea		

* "Close contact" is defined as living in the same house, being an intimate partner, being a caregiver, or being within 6 feet of an individual for longer than 15 minutes who has COVID-19.

NAME: _____ (Please print) DATE: _____

EMAIL (OR PHONE #): _____

PURPOSE OF VISIT: _____

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct:

Signature: _____

➤ IF YOU ANSWERED "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS ABOVE, IMMEDIATELY ADVISE COURT STAFF BEFORE PROCEEDING ANY FURTHER.



Cuestionario de Salud para Detección de COVID-19

Por las recomendaciones del Departamento de Salud Pública del Condado de Alameda (ACPHD), la Corte está realizando evaluaciones de salud en todos los miembros del público para detección de posibles síntomas de COVID-19.

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DE SALUD	SI	NO
1. En los últimos 10 días, ¿le han diagnosticado con COVID-19 o le han hecho una prueba que confirma que tiene el virus?		
2. ¿Vive usted en la misma casa o ha tenido contacto cercano* con alguien que en los últimos 14 días ha estado en aislamiento por COVID-19 o que se ha hecho una prueba que confirma que tiene el virus?		
3. ¿Ha tenido usted alguno de estos síntomas hoy o en las últimas 24 horas, que sea nuevo o que no se puede explicar por otra razón que no sea la de tener COVID-19? - Fiebre, escalofríos o temblores repetidos - Tos - Doler de garganta - Falta de aliento, dificultad para respirar - Sentirse débil o fatigado de manera inusual - Pérdida de sabor u olor - Dolor muscular - Náusea o vómito - Diarrea		

* "Contacto cercano" se define como vivir en la misma casa, ser pareja íntima, ser proveedor de cuidados, o estar a menos de 6 pies de un individuo por más de 15 minutos que tiene COVID-19.

NOMBRE: _____ (Por favor, escriba con letra de imprenta) FECHA: _____

CORREO ELECTRÓNICO (O No. DE TEL ÉFONO): _____

PROPÓSITO DE LA VISITA: _____

Yo declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto:

Firma: _____

➤ **SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, AVISE INMEDIATAMENTE AL PERSONAL DE LA CORTE ANTES DE PROCEDER.**