

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Auto-evaluación de Influenza A(H1N1)

Monsanto busca proteger la Seguridad de todos sus empleados y visitantes, por lo que es OBLIGATORIO llenar esta auto-evaluación
¿Quién debe llenar este formato?

- Empleados localizados en regiones en las que se haya presentado un brote y el nivel de alerta sea 3 o superior
 - Antes de entrar a trabajar TODOS los días
 - Antes de realizar un viaje
- Empleados que en los últimos 7 días hayan regresado de zonas donde se haya declarado algún brote
- Vendedores, contratistas y visitantes a los sitios de Monsanto en las zonas del brote o personas que hayan visitado zonas con brotes activos en los últimos 7 días

Auto-evaluación

¿Aplican para usted alguna de las siguientes aseveraciones?

- Fiebre (mayor de 38° C; 100.4 ° F), tos dificultad, para respirar o alguna otra enfermedad inexplicable
- Posible contacto con personas con Influenza en los últimos 7 días
- Cualquier otro síntoma de Influenza

Si contestaste SI a cualquiera de las preguntas:

- **Puedes tener Influenza.** Por favor busca asistencia médica y NO entres a ninguna instalación de Monsanto hasta que estés LIBRE de síntomas y hayan pasado por lo menos 7 días del inicio de los síntomas
- **Puede que no tengas Influenza pero puedes haberte expuesto.** Como precaución, no debes entrar a ninguna instalación de Monsanto hasta que hayan pasado 7 días de tu posible exposición al contagio.
- **Da aviso al Dr. Carlos Corona** al teléfono 045-33-39-55-90-09 o envía un correo electrónico a carlos.corona@monsanto.com

Evaluación de la Influenza a (H1N1)

Para TODOS los sitios Monsanto en nivel de alerta 3 o superior

Este formato debe ser llenado por toda persona que quiera entrar a la planta

Sección A

¿En los últimos 7 días, ha tenido contacto con alguna persona con Influenza o síntomas como fiebre, tos, dolor de cabeza o cansancio severo? **SI NO**

¿En los últimos 7 días ha estado en alguna clínica u hospital o ha tenido contacto con Pacientes con Influenza A H1N1? **SI NO**

¿Está usted en "cuarentena" o ha sido buscado por las autoridades sanitarias indicándole que debe estar en "aislamiento"? **SI NO**

Acciones: En caso de cualquier respuesta positiva, por favor NO regrese a laborar hasta que sea dado de alta o que hayan pasado 7 días a partir del inicio de los síntomas

Sección B

¿En los últimos 7 días ha estado en lugares con personas infectadas con influenza A H1N1? **SI NO**

Acciones: Manténgase en aislamiento (no regrese a las oficinas) por 7 días a partir de que dejó el área afectada

Sección C

¿Sabe si es alérgico al polvo u otras sustancias que le produzcan estornudo o tos? **SI NO**

Indique si presenta alguno de los siguientes síntomas:

Sensación de fiebre o fiebre en las últimas 24 horas **SI NO**

Dolores musculares **SI NO**

Dolor de cabeza severo **SI NO**

Tos que inició en los últimos 7 días **SI NO**

Malestar general o sensación de cansancio **SI NO**

Respiración acelerada y/o entrecortada **SI NO**

Sección D

Temperatura _____ ¿Es mayor de 38° C? **SI NO**

Acciones: Si tiene dos o más respuestas positivas o tiene fiebre, acuda a su médico. Manténgase fuera del trabajo hasta que los síntomas desaparezcan y que un médico le autorice el regreso a trabajar.

Sección E

Si la persona responde NO a todas las secciones de la A a la C, la persona pasó la prueba

Nombre del Entrevistador _____

Firma _____

Fecha _____