

# STOP COVID-19

在开始今天工作之前, 请先回答以下问题。

姓名: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_  
日期: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_

## 您有下列任何一种症状吗:



是  在过去的14天里, 您是否与生病或已确诊COVID-19的人有过密切接触?  
否

是  在过去的14天里, 您是否从加拿大以外的地方旅行回来?  
否

如果您对以上任何一个问题的回答为“是”, 请立即回家并自我隔离。致电健康热线(Telehealth)或您的医护人员, 了解您是否需要进行化验。