



COVID-19

Responda las siguientes preguntas antes de empezar a trabajar.

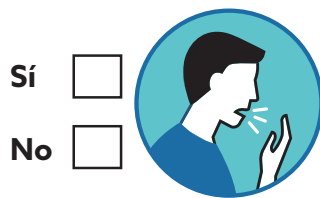
Nombre: _____

Fecha: _____ Hora: _____

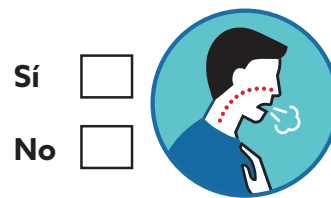
¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? (reciente o que haya empeorado)



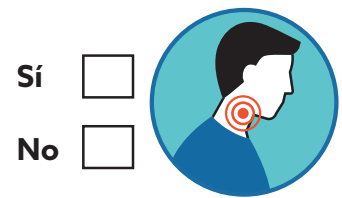
Fiebre



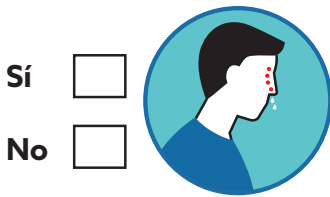
Tos



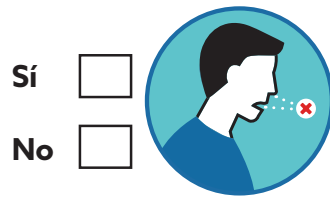
Dificultad para respirar



Dolor de garganta,
dificultad para tragar



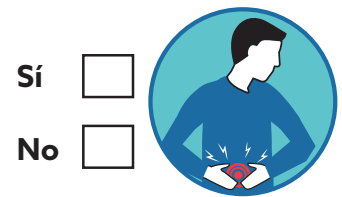
Escurrimiento
nasal y ojos rojos



Pérdida del olfato
o del gusto



Malestar, cansancio
o dolor muscular



Náusea, vómito
o diarrea

Sí

No

¿Ha estado en contacto cercano con alguna persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 durante los últimos 14 días sin haber utilizado protección personal adecuadamente?

Sí

No

¿Ha viajado al extranjero durante los últimos 14 días?

Si respondió SÍ a alguna de las siguientes preguntas, debe ir a casa y aislarse de inmediato. Llame a Telehealth o a su proveedor de salud para confirmar si requiere una prueba.