Cuestionario de COVID Para Personas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **¿Está usted enfermo actualmente o cuida de alguien que está enfermo?** |  □ **Si**  □ **No** |  |
|  | **¿Está sintiendo alguno de los siguientes, actualmente o dentro de los últimos 14 dias…** |  □ **Si** □ **No** |  |
|  | ¿Tos o Tos con sangre? |  □ **Si** □ **No** |  |
|  | ¿Falta de respiración o dificultad al respirar? |  □ **Si**  □ **No** |  |
|  | ¿Signos de baja presión (frio, palidez, piel fría y húmeda, mareos)? |  □ **Si**  □ No |  |
|  | ¿Fiebre (temperatura alrededor de 100.4\*F)? |  □ **Si** □ **No** |  |
|  | ¿Dificultad al respirar/no puede hablar? |  □ **Si** □ **No** |  |
|  | ¿Escalofríos? |  □ **Si** □ **No** |  |
|  | ¿Dolor muscular, dolores del cuerpo? |  □ **Si** □ **No** |  |
|  | ¿Dolor de cabeza? |  □ **Si**  □ **No** |  |
|  | ¿Cansancio/malestar? |  □ **Si**  □ **No** |  |
|  | ¿Dolor de garganta?  |  □ **Si**  □ **No** |  |
|  | ¿Pérdida del sentido de sabor o del olfato (oler)? |  □ **Si**  □ **No** |  |
|  | ¿Síntomas gastrointestinales (náusea, vomito, y/o diarrea)? |  □ **Si** □ **No** |  |
|  | *Nota interna para el personal: Si contesta sí para cualquier síntoma respiratorio, aclare si está relacionado con alergias* |  |  |
|  | **¿Ha sido evaluado o ha tenido una prueba para el coronavirus?** |  □ **Si** □ **No** |  |
|  | **¿Ha estado en contacto cercano\* con alguien que está bajo investigación por posible coronavirus o ha sido un paciente confirmado con coronavirus?** |  □ **Si**  □ **No** |  |
|  | **Si contesta sí a una o ambas preguntas, por favor obtenga tantos detalles como sean posibles** |  |  |
|  | *Solo interno*\*Contacto cercano es definido por el CDC como (a) estando dentro de aprox. 6 pies (2 metros) de un caso de COVID-19 por un período prolongado de tiempo definido como 15 minutos. El contacto cercano puede ocurrir mientras cuida, vive, visita o comparte una sala de espera de atención médica o una habitación con un caso de COVID-19 O (b) tener contacto directo con secreciones infecciosas de un caso de COVID-19 (p. ej., toser). |  |  |