

## Ferramenta para o controle do COVID-19

**Caso sua resposta seja "SIM" para qualquer das perguntas a seguir, não entre no prédio e contate seu supervisor para obter mais informações. Obrigado!**

1. Você apresenta algum dos seguintes sintomas do COVID-19?
  - a. Temperatura de 100.0 F ou mais ou você se sentiu febril?
  - b. Sintomas respiratórios, tais como tosse, dor de garganta, nariz escorrendo, congestão nasal ou falta de ar?
  - c. Sintomas corporais gerais não devidos a outras condições médicas crônicas, tais como fadiga, dores musculares, dores nas articulações, dor de cabeça?
  - d. Náuseas, vômitos ou diarreia?
  - e. Mudança no sentido do paladar ou olfato?
  
2. Você manteve contato próximo com alguém que seja suspeito ou tenha a confirmação de ter o COVID-19 nos últimos 14 dias?

*(Nota: os profissionais da saúde que atendem pacientes com COVID-19 enquanto usam todos os EPP apropriados devem responder "não").*
  
3. Você viajou nos 14 dias anteriores fora de New Hampshire, Vermont, Maine, Massachusetts, Connecticut ou Rhode Island?