

## Herramienta de evaluación de COVID-19

**Si responde "SÍ" a cualquiera de las preguntas siguientes, no ingrese en el edificio y contacte a su supervisor para obtener más información. ¡Gracias!**

1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas de COVID-19?
  - a. ¿Temperatura igual o superior a 100.0 °F o se ha sentido afiebrado?
  - b. ¿Síntomas respiratorios, como tos, dolor de garganta, goteo nasal, congestión nasal o falta de aire?
  - c. ¿Síntomas corporales generales que no se deban a una afección médica crónica, como fatiga, dolores musculares, dolores en las articulaciones, dolor de cabeza?
  - d. ¿Náuseas, vómitos o diarrea?
  - e. ¿Cambios en el sentido del gusto o del olfato?

2. ¿Ha tenido contacto cercano con alguien que se sospecha o se confirmó que tiene COVID-19 en los últimos 14 días?

*(Nota: los proveedores de atención médica que atienden a pacientes con COVID-19 mientras usan todos los EPP adecuados deben responder "no").*

3. ¿Ha viajado en los últimos 14 días fuera de New Hampshire, Vermont, Maine, Massachusetts, Connecticut o Rhode Island?