

## Công cụ Sàng lọc COVID-19

**Nếu quý vị trả lời “CÓ” cho bất kỳ câu hỏi nào dưới đây, vui lòng không bước vào tòa nhà và liên hệ với người giám sát của quý vị để biết thêm thông tin. Chân thành cảm ơn quý vị!**

1. Quý vị có xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào sau đây của COVID-19 không?
  - a. Nhiệt độ cơ thể từ 100 độ F trở lên hoặc quý vị có cảm giác bị sốt không?
  - b. Quý vị có gặp các triệu chứng về đường hô hấp như ho, đau họng, sổ mũi, nghẹt mũi, hoặc khó thở không?
  - c. Quý vị có gặp các triệu chứng chung của cơ thể mà không phải do một bệnh lý mãn tính khác như mệt mỏi, đau cơ, đau khớp, nhức đầu không?
  - d. Quý vị có bị buồn nôn, nôn mửa hoặc tiêu chảy không?
  - e. Quý vị có bị thay đổi vị giác hoặc khứu giác không?
2. Quý vị có tiếp xúc gần với bất kỳ ai nghi nhiễm hoặc xác nhận mắc COVID-19 trong vòng 14 ngày qua không?

*(Lưu ý: các cơ sở y tế hiện đang chăm sóc bệnh nhân COVID-19 phải đảm bảo trang bị đầy đủ thiết bị bảo hộ cá nhân và trả lời “không” cho tất cả các câu hỏi trên)*
3. Trong vòng 14 ngày qua, quý vị có di chuyển ra ngoài phạm vi các bang gồm New Hampshire, Vermont, Maine, Massachusetts, Connecticut, hoặc Rhode Island không?