



COVID-19 SCREENING QUESTIONNAIRE

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas?		
Fiebre o escalofríos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dificultad para respirar (sentir que le falta el aire)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolores musculares y corporales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Pérdida reciente del olfato o el gusto	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Congestión o moqueo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto físico cercano (6 pies o más cerca durante al menos 15 minutos) con una persona que tiene COVID-19 confirmado por laboratorio o con alguien que tenga algún síntoma consistente con COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Está aislado o puesto en cuarentena porque puede haber estado expuesto a una persona con COVID-19 o le preocupa que pueda estar enfermo con COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Está esperando el resultado de una prueba de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No