

COVID-19

Spanish

En las últimas 24 horas ha experimentado:

Fiebre.

Tos.

Dificultad para respirar/ sensación de falta de aire.

Pérdida del gusto y/o del olfato.

Dolor de garganta.

Dolor de cabeza.

Dolor muscular ó corporal.

Diarrea/náuseas/vómitos.

Congestión ó secreción nasal.

Fatiga.

¿Ha dado USTED positivo a una prueba del COVID-19 en los últimos 10 días?

¿Ha estado Usted en contacto estrecho con alguien que ha dado positivo para el COVID-19

En los últimos 14 días?

¿Vive Usted con alguien o cuida de alguien que ha dado positivo para el COVID-19 en los últimos 14 días?

¿Tiene pendiente Usted o alguien en casa el resultado de una prueba para el COVID-19?

“ Dado que Usted tiene la temperatura elevada (o si ha contestado sí a una de estas

pregunta en la evaluación), el CDC (el Centro para el Control y Prevención de enfermedades) le recomienda que se aleje de otros individuos. Le pedimos que vuelva a su coche y que se ponga en contacto con la enfermera de la escuela para más información.”