

Lista de verificación de detección familiar semanal

COVID-19

1. ¿Tiene usted o uno de sus hijos una nueva aparición de tos o dificultad para respirar por sí mismos o al menos dos de los siguientes?

- Temperatura de 100.0 o más
- Pérdida del olfato o del gusto
- Congestión
- Dolores musculares
- Dolor de garganta
- Resfriado
- Síntomas gastrointestinales (náuseas / vómitos / diarrea)

2. ¿Usted o uno de sus hijos tiene una nueva aparición de alguno de los síntomas mencionados anteriormente (por ejemplo, solo pérdida del olfato) sin ningún otro diagnóstico que lo explique?

3. ¿Ha estado usted o sus hijos en contacto cercano al ser diagnosticado con COVID-19 o ha sido puesto en cuarentena por un profesional médico o un funcionario de salud pública local?

4. ¿Un profesional médico o un funcionario de salud pública local le ha pedido a usted o a sus hijos que se aíslen o se pongan en cuarentena?

Si responde **SÍ** a cualquiera de las preguntas de la lista de verificación, mantenga a sus hijos y hermanos en casa y comuníquese con nosotros para informar la ausencia.

Envíe este cuestionario antes de las 9 pm los viernes.