

Análisis de detección de COVID-19

Nombre:

Fecha del análisis:

Número de caso:

Nombre del personal/cliente:

Para protegerlo a usted y a quienes lo rodean, debemos hacerle algunas preguntas:

1. ¿Tiene alguno de estos síntomas que no haya sido causado por otra enfermedad?

- ☐ • Fiebre o escalofríos
- ☐ • Tos
- ☐ • Falta de aliento o dificultad para respirar
- ☐ • Fatiga
- ☐ • Dolor muscular o corporal
- ☐ • Dolor de cabeza
- ☐ • Pérdida reciente del gusto o el olfato
- ☐ • Dolor de garganta
- ☐ • Congestión
- ☐ • Náuseas o vómitos
- ☐ • Diarrea

2. Dentro de los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto estrecho con alguien que haya tenido COVID-19 o síntomas similares al COVID? Contacto estrecho es estar a una distancia de 6 pies durante 15 minutos o más durante un período de 24 horas con una persona; o tener contacto directo con fluidos de una persona con COVID-19 con o sin usar mascarilla (es decir, que la persona tosa o estornude sobre usted).

Sí

No

ND (únicamente si recibió la vacuna hace 2 semanas)

3. ¿Ha tenido un resultado positivo en una prueba de COVID-19 para el virus activo durante los últimos 10 días, o está esperando los resultados de una prueba de COVID-19?

Sí

No

4. Dentro de los últimos 14 días, ¿un profesional médico o de salud pública le dijo que debe controlarse o aislarse por inquietudes sobre una infección de COVID-19?

Sí

No

El personal completó el análisis: