

Herramienta de detección de síntomas COVID-19: Pre K-12 y cuidado infantil

Nombre: _____ Fecha: _____ Temperatura: _____

*Este formulario puede completarlo en casa por un miembro del personal, maestro, padre/tutor, o adolescente.

¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS TRES DÍAS?	SÍ	NO
SINTOMAS PRINCIPALES		
TOS		
FALTA DE ALIENTO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
PÉRDIDA RECIENTE DEL GUSTO U OLFATO		
SINTOMAS MENORES		
FIEBRE O ESCALOFRÍOS		
DOLORES MUSCULARES O CORPORALES		
DOLOR DE GARGANTA		
FATIGA		
SECRECIÓN NASAL O CONGESTIÓN NASAL		
DOLOR DE CABEZA		
NÁUSEAS O VÓMITOS		
DIARREA		

NO INGRESE AL EDIFICIO SI:

Tiene UNO de los síntomas PRINCIPALES o DOS de los síntomas MENORES enumerados anteriormente y no puede explicar que los síntomas provienen de otra enfermedad que ha sido documentada por un proveedor de atención médica, ya sea que esté vacunado o no.

- Si tiene síntomas de COVID-19, aíslese en su casa, llame a su proveedor de atención médica y hágase una prueba de COVID-19.

- Obtenga más información sobre la cuarentena y el aislamiento en covid.ri.gov/whattodo
- Obtenga más información sobre las pruebas en covid.ri.gov/testing

10/8/2021