



## Examen de salud para COVID-19

- 1 ¿Alguien en su hogar ha recibido un diagnóstico positivo de COVID19 y aún no ha dado negativo dos veces O ha recibido la confirmación de un proveedor de salud de que se completó un período de aislamiento en el hogar?
- 2 ¿Alguien en su hogar ha estado expuesto directamente a alguien que se sospecha que tiene o se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días?
- 3 ¿Alguien en su hogar se ha enfermado recientemente con alguno de estos síntomas en los últimos 14 días?
  - Fiebre o escalofríos
  - Tos
  - Falta de aliento o dificultad para respirar
  - Dolores musculares o corporales
  - Dolor de cabeza
  - Nueva pérdida de gusto u olfato
  - Dolor de garganta
  - Congestión nasal o secreción nasal
  - Náuseas o vómitos
  - Diarrea

**Informe a su proveedor si la respuesta es “sí” a CUALQUIERA de las 3 preguntas anteriores.**