

Preguntas de Evaluación para Visitantes (Versión en Español)

1. **En las últimas 72 horas, ¿ha tenido algún síntoma NUEVO o INUSUAL?**
 - Fiebre de 100.4°F (38°C) o más, o síntomas similares a fiebre como escalofríos o sudoración
 - Tos frecuente (no relacionada con afecciones crónicas o alergias estacionales)
 - Dificultad para respirar, falta de aire o sibilancias severas
 - Dolores musculares o corporales no relacionados con ejercicio
 - Dolor de garganta
 - Pérdida nueva del olfato o del gusto
 - Dolor de cabeza
 - Congestión o secreción nasal
 - Náuseas o vómitos
 - Diarrea
2. **¿Usted o alguien en su hogar o grupo ha dado positivo por COVID-19 o está esperando resultados de una prueba?**
3. **¿Usted o alguien en su hogar o grupo tiene actualmente alguno de los síntomas mencionados arriba?**
4. **¿Está usted actualmente bajo una orden de permanecer en casa, cuarentena o aislamiento emitida por un médico o por autoridades estatales o locales?**

Si responde SÍ a cualquiera de estas preguntas, por favor quédese en casa para proteger a nuestra comunidad.

Firma del visitante: _____ Fecha:

Fecha de revisión: _____