



## PREGUNTAS DE AUTO EVALUCION

*Si usted o algún miembro de su familia responde un SI al menos a una de las siguientes preguntas, le(s) recomendamos quedarse en casa por su propia salud y de las demás personas.*

*Gracias por su comprensión.*

### En los últimos 14 días

1. ¿Ha viajado al extranjero?
2. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con sospecha o confirmación de COVID-19?
3. ¿Su temperatura corporal es mayor o igual de 100.4° F?
4. ¿Recientemente ha incrementado en usted la falta de respiración o siente dificultad para respirar?
5. ¿Tiene tos?
6. ¿Ha presentado al menos dos de los siguientes síntomas recientemente?
  - Resfriado
  - Dolor muscular
  - Dolor de cabeza
  - Dolor de garganta
  - Pérdida de sabor u olfato