

## **\*Breve Cuestionario antes de hacer visitas en persona**

*Estas preguntas aplican a TODOS los miembros del hogar:*

1) ¿Hay alguien en su hogar experimentando cualquiera de los siguientes síntomas?:

- **Fiebre o escalofríos**
- **Dolor de Cabeza**
- **Tos**
- **Perdida del sabor u olor nuevo**
- **Diarrea**
- **Dolor de garganta**
- **Fatiga**
- **Congestión o nariz que moquea**
- **Dolores musculares o del cuerpo**
- **Nausea o vomito**
- **Dificultad para respirar**

2) ¿Hay alguien en su hogar que haya tenido contacto con alguien que se sabe a estado o posiblemente fue expuesto al COVID-19 en los últimos 14 días?

3) ¿Hay alguien en su hogar que este en cuarentena en el hogar o aislamiento debido al posible contacto con el COVID-19?

4) ¿Hay alguien en el hogar que haya viajado fuera del estado en los últimos 14 días?

**Cualquier respuesta “si” a las preguntas de detección deberán de ser alentadas a que consulten con su proveedor de atención medica de inmediato.**