

CORONAVIRUS (COVID-19) SCREENING QUESTIONS
PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DEL CORONAVIRUS (COVID-19)

Name/Nombre: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____

Temperature/Temperatura: _____

1. Have you received a positive COVID-19 test result in the last 14 days?

¿Ha recibido un resultado positivo en la prueba COVID-19 en los últimos 14 días?

Yes/Sí

No

2. In the last 14 days, have you come into close contact (within 6 feet), of someone who has a laboratory confirmed COVID-19 diagnosis?

¿En los últimos 14 días, ha estado en contacto cercano (al menos de 6 pies) de alguien que tiene un diagnóstico de COVID-19 confirmado resultado de laboratorio?

Yes/Sí

No

3. Do you have a fever (greater than 100.4°F or 38.0°C) OR symptoms of lower respiratory illness such as cough, shortness of breath, difficulty breathing or sore throat?

¿Tiene fiebre (más de 100.4°F o 38.0°C) O síntomas de una enfermedad de las vías respiratorias como tos, falta de aire, dificultad para respirar o dolor de garganta?

Yes/Sí

No

If “no” to all 3 questions, please continue to social distance and wear a mask.

Si responde “no” a las 3 preguntas, por favor sigue practicar el distanciamiento social y llevar una máscara.