

# COVID-19 NUEVO CORONAVIRUS

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Indique si presenta alguno de los siguientes síntomas:**



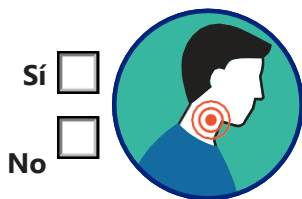
**Fiebre**



**Tos**



**Dificultad para respirar**



**Dolor de garganta**



**Moqueo nasal**



**No se siente bien**

Sí   
No

¿Ha estado en contacto cercano con alguien que está enfermo o que ha tenido COVID-19 en los últimos 14 días?

Sí   
No

¿Ha regresado del exterior en los últimos 14 días?

Si respondió **SÍ** a una de estas preguntas, vaya a su casa y aíslese de inmediato. Ingrese en [OttawaPublicHealth.ca/Coronavirus](https://OttawaPublicHealth.ca/Coronavirus) para obtener más información, ya que podría reunir los criterios para realizarse un análisis de detección de COVID-19.

Si no se siente bien, comuníquese con su **proveedor de atención médica** o llame a **Telehealth Ontario al 1-866-797-0000** para hablar con una enfermera registrada.

Employee Screening Questionnaire – Spanish, May, 2020

