



# Favor de leer y usar su cubre boca

Quédense en casa (no entre) y comuníquese con su proveedor médico si responde “SÍ” a cualquiera de la siguientes preguntas:

1. ¿En los últimos 10 días, le han diagnosticado COVID-19 o le han realizado una prueba que confirma que usted tiene el virus?

Sí - QUÉDESE EN CASA y busque atención médica.

2. ¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano con alguien que haya sido aislado con COVID-19 o se le haya realizado una prueba que confirme que tiene el virus? El contacto cercano es de menos de 6 pies durante 15 minutos o más.

Sí - QUÉDESE EN CASA y busque atención médica.

3. a. ¿Ha padecido de uno o más de estos síntomas hoy o en los últimos 3 días?

- Fiebre o escalofríos
- Tos
- Pérdida del gusto u olfato
- Falta de aire o dificultad para respirar

Sí - QUÉDESE EN CASA y busque atención médica.

b. ¿Ha padecido de uno o más de estos síntomas hoy o en los últimos 3 días y que sean nuevos o no se expliquen por alguna otra razón?

- Fatiga
- Dolores musculares / corporales
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Nauseas, vómito, o diarrea

Sí - QUÉDESE EN CASA y busque atención médica.