LISTA DE AUTO CONTROL DIARIO DE SÍNTOMAS COVID-19

Si responde SÍ a cualquiera de las preguntas, QUÉDESE EN SU CASA y consulte a su Prestador de Salud.

1. ¿Presenta **fiebre** (temperatura superior a 37.3 ºC) sin haber tomado ningún medicamento para reducirla? (SI/NO)
2. ¿Presenta **pérdida del olfato o del gusto?** (SI/NO)
3. ¿Presenta **tos**? (SI/NO)
4. ¿Presenta **dolores musculares**? (SI/NO)
5. ¿Presenta **dolor de garganta**? (SI/NO)
6. ¿Presenta **dificultad para respirar**? (SI/NO)
7. ¿Presenta **escalofríos**? (SI/NO)
8. ¿Presenta **dolor de cabeza? (SI/NO)**
9. ¿Ha experimentado algún síntoma gastrointestinal como **náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de apetito?** (SI/NO)
10. ¿Se encuentra aguardando o tiene diagnóstico de COVID-19? (SI/NO)
11. ¿Ha estado en contacto cercano con alguna persona COVID-19 positiva? (SI/NO)
12. ¿Se encuentra en cuarentena por un posible contacto con COVID-19? (SI/NO)
13. ¿Un profesional médico o un funcionario de salud pública le ha pedido que se aísle o se ponga en cuarentena? (SI/NO)