

HELP STOP THE SPREAD

HEALTH SCREENING QUESTIONS

AYUDE A DETENER LA PROPAGACIÓN

PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE SALUD

1

Have you been in close contact with a confirmed case of COVID-19?

¿Ha estado en contacto con un caso confirmado de COVID-19?

2

Are you experiencing a cough, shortness of breath or sore throat?

¿Está experimentando tos, corta respiración o dolor de garganta?

3

Have you had a fever in the last 48 hours?

¿Ha tenido fiebre durante las últimas 48 horas?

4

Have you had new loss of taste or smell?

¿Ha tenido nueva pérdida de saborear o oler?

5

Have you had vomiting or diarrhea in the last 24 hours?

¿Ha tenido vomito o diarrea en las últimas 24 horas?