**Herramienta de tamizaje del COVID-19**

Use esta herramienta para detectar síntomas del COVID-19 en los clientes y/o visitantes al DCBS.

SÍNTOMAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS TRES DÍAS, QUE SEAN NUEVOS O INEXPLICABLES? | SÍ | NO |
| TOS |  |  |
| FALTA DE AIRE O DIFICULTAD PARA RESPIRAR |  |  |
| FIEBRE |  |  |
| ESCALOFRÍOS |  |  |
| DOLORES MUSCULARES |  |  |
| DOLOR DE GARGANTA |  |  |
| DOLOR DE CABEZA |  |  |
| NÁUSEA O VÓMITOS |  |  |
| DIARREA |  |  |
| ESCURRIMIENTO NASAL O CONGESTIÓN NASAL |  |  |
| FATIGA |  |  |
| PÉRDIDA RECIENTE DEL GUSTO O DEL OLFATO |  |  |
| MALA ALIMENTACIÓN O FALTA DE APETITO (LACTANTES Y NIÑOS) |  |  |

FACTORES DE RIESGO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SÍ | NO |
| ¿Ha tenido contacto cercano (menos de seis pies, o dos metros) con alguien que haya tenido el COVID-19 o síntomas del COVID-19 en los últimos 14 días? |  |  |
| ¿Ha viajado a algún lugar fuera de los 50 estados de los Estados Unidos en los últimos 14 días? |  |  |
| ¿Ha viajado fuera del estado de Kentucky por alguna razón no vital e imprescindible en los últimos 14 días? |  |  |
| ¿El Departamento de Salud de Kentucky o algún médico le ha indicado a usted que practique la cuarentena o aislamiento en los últimos 14 días? De ser así, ¿cuándo finaliza/finalizó su período de cuarentena o aislamiento? |  |  |
| SI HA RESPONDIDO “SÍ” A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE ARRIBA, PUEDE QUE LE PIDAMOS QUE COOPERE CON ARREGLOS ALTERNATIVOS PARA EL CONTACTO CON EL ASISTENTE SOCIAL O SU NIÑO HASTA QUE SE HAYA MITIGADO EL RIESGO DEL COVID-19. | | |

*05/21/2020 (Spanish)*

