



## Cuestionario de detección de COVID para visitantes y padres (previo a la visita)

### *COVID Screening Questionnaire for Visitors/Parents (Pre-Visit)*

1. ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días? (Sí/No)
2. ¿En los últimos 14 días, ha estado en contacto cercano\* con alguna persona infectada con COVID-19? (Sí/No)

\*Por contacto cercano se entiende que usted haya permanecido por 15 minutos o más y a una distancia menor de 6 pies con una persona que actualmente está infectada con COVID-19.

**\*OBSERVACIÓN:** Los trabajadores sanitarios que usan los equipos de protección apropiados y atienden a pacientes con COVID, no se les considera que han sido expuestos.

3. ¿Tiene cualquiera de los siguientes síntomas que aparecieron **RECIENTEMENTE** o están empeorándose de forma progresiva?
  - Fiebre
  - Tos
  - Dificultad para respirar
  - Dolores musculares
  - Runny nose/congestion nasal
  - Dolor de garganta
  - Pérdida del olfato o del gusto