

GUIA DE AUTO-EVALUACIÓN PARA ESTUDIANTES Y PERSONAL DE IDEA

► 1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? *

FIEBRE (100.4°F / 38°C) O ESCALOFRIOS



SÍ NO

TOS



SÍ NO

DISMINUCIÓN O PERDIDA DEL GUSTO O EL OLFATO



SÍ NO

NAUSEA, VÓMITO O DIARREA



SÍ NO

ESCURRIMIENTO O CONGESTIÓN NASAL



SÍ NO

GARGANTA IRRITADA O PROBLEMAS PARA TRAGAR



SÍ NO

DIFICULTAD AL RESPIRAR O FALTA DE AIRE



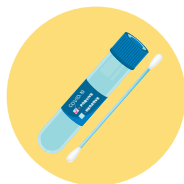
SÍ NO

NO SE SIENTE BIEN, TIENE CANSANCIO EXTREMO O DOLOR MUSCULAR



SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ" a cualquiera de estos síntomas:



QUÉDESE EN CASA Y AUTOAISLESE

HÁGASE UNA PRUEBA RÁPIDA

PÓNGASE EN CONTACTO CON UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

* Si usted tiene una condición de salud existente que le da los mismos síntomas no debe responder Sí, a menos que el síntoma sea nuevo, diferente o empeore. Busque cambios de sus síntomas normales.

► 2. ¿Alguien en su hogar presenta uno o más de los síntomas anteriores?

SÍ NO

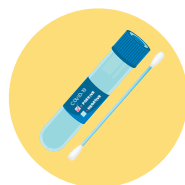
► 3. ¿Alguien en su hogar ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días?

SÍ NO

► 4. ¿Se le ha notificado como contacto cercano de alguien con COVID-19 o se le ha dicho que se quede en casa y se autoaisle?

SÍ NO

Si responde que "SÍ" a las preguntas 2, 3 ó 4:



QUÉDESE EN CASA Y AUTOAISLESE

HÁGASE UNA PRUEBA RÁPIDA

NOTIFIQUE A SU CAMPUS **

** Cuando notifique a su campus, usted recibirá información de cuando podrá volver al campus.