



NEVADA  
HEALTH  
RESPONSE

# PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE COVID-19 PARA VISITANTES

ESTE CUESTIONARIO SE DEBE REALIZAR CON CADA VISITANTE  
QUE ENTRE A ESTE ESTABLECIMIENTO

Si el visitante responde "sí" a cualquiera de estas preguntas, es recomendable que se vayan a casa, que estén alejados de otras personas y que notifique a su proveedor de salud o a las autoridades locales de salud para recibir más instrucciones.

**Por favor responda "SI" o "NO" a cada una de estas preguntas:**

**1. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas?:**

- Fiebre o escalofríos
- Tos
- Dificultad para respirar (sentir que le falta el aire)
- Dolores musculares y corporales
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o el gusto
- Dolor de garganta
- Congestión o moqueo
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

**2. ¿Ha tenido contacto físico cercano (a 6 pies o menos por más de 15 minutos) con alguien que haya sido diagnosticado o tenga síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días?**

**3. ¿He estado en aislamiento o en cuarentena porque fue expuesto a COVID-19? ¿Está preocupado porque cree estar enfermo de COVID-19?**

**4. ¿Está esperando resultados de una prueba de COVID-19?**

