



PREGUNTAS DIARIAS DE EVALUACIÓN

- 1) ¿Su hijo (o usted si es miembro del personal) tiene una temperature $>100^{\circ}$ F sin medicamentos para reducir la fiebre?
- 2) ¿Usted o alguien en su hogar ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?
- 3) ¿Usted o alguien en su hogar ha experimentado síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días?

(los síntomas incluyen, entre otros: tos, falta de aire o dificultad para respirar, fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolores musculares o corporales, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea, fatiga o nueva pérdida de sabor y / u olor)
- 4) ¿Ha estado en contacto cercano en los últimos 14 días con alguien que haya dado positivo por COVID-19 o que tenga o haya tenido síntomas de COVID-19?
- 5) ¿Ha viajado internacionalmente, a un estado restringido o ha estado en contacto cercano con alguien que haya regresado de un estado restringido en los últimos 14 días?