Departamento de Salud Pública de Filadelfia **Herramienta de detección de COVID-19**

**Fecha:**

**Nombre:**

1. **TEMPERATURA:\_\_\_\_\_\_\_\_°F** Se tomó la temperatura en el lugarSe tomó la temperatura en el hogar

SI la temperatura es de 100.4 °F o superior 🡪 no permita el ingreso a las instalaciones

1. **SÍNTOMAS**

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

Tos nueva o persistente Dificultad para respirar  Nueva pérdida del olfato/gusto

 **Si la respuesta es SÍ a 1 🡪 no permita el ingreso a las instalaciones**

**O**

 Fiebre Dolor de garganta **Si la respuesta es SÍ a 2 o más 🡪 no permita el ingreso a las instalaciones**

 Escalofríos Dolor muscular

 Dolor de cabeza Náuseas/Vómitos

 Diarrea  Fatiga

 Congestión/Escurrimiento nasal.

1. **INSPECCIÓN VISUAL**

¿La persona tiene mejillas ruborizadas, respiración rápida o dificultad para respirar (sin actividad física reciente), fatiga o agitación extrema (en un niño) o tos?

 Sí No Comentarios:

**Si la respuesta es SÍ 🡪 no permita el ingreso a las instalaciones**

1. **EXPOSICIÓN**

¿Ha estado expuesto a alguien con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días?

 Sí No Comentarios:

**Si la respuesta es SÍ 🡪 no permita el ingreso a las instalaciones**