



120 Firman Ave. Hoquiam, WA 98550 360.533.4760 [www.newrizonsfcu.com](http://www.newrizonsfcu.com)

## CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL VISITANTE SOBRE EL COVID-19

1. Tiene alguno de estos sintomas que no sea causado por otra condicion?

- |  |                     |
|--|---------------------|
| Fiebre o Escalofrios                       | • Tos               |
| • Falta de aire o Dificultad para respirar | • Fatiga            |
| • Dolores de uerpo                         | • Dolor de cabeza   |
| • Problemas de sabor or de oler            | • Dolor de garganta |
| • Congestion                               | • Nauseas o Vomitos |
| • Diarrea                                  |                     |

2. En los ultimos 14 dias, ha estado en contacto cercano con alguien que sepa que tuvo COVID-19 o sintomas similares al COVID? -El contacto cercano esta dentro de los 6 pies durante 15 minutos o mas durante un period de 24 horas con una persona; o tener contacto directo con fluidos de una persona con COVID-19 con o sin mascara (toser o estornudar).
3. Ha tenido una prueba de COVID-19 positiva para el virus active en los ultimos 10 dias, o esta esperando los resultados de una prueba del COVID-19?
4. En los ultimos 14 dias, un professional medico o de salud publica le ha dicho que monotoreara su salud, practicar el autoaislamiento o que se ponga en cuarentena debido a preocupaciones sobre la infeccion por COVID-19?