

STAY SAFE MN

CHEQUEO DE SALUD DE VISITANTES Y EMPLEADOS

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ENTORNOS QUE NO SON DE ATENCIÓN MÉDICA

12/10/2020

Responda "sí" o "no" a cada pregunta:

1. ¿Se siente enfermo o tiene alguno de los siguientes síntomas de la COVID-19?

- Fiebre de 99,5 grados Fahrenheit o más, o se siente afiebrado
- Tos reciente
- Dificultad para respirar
- Escalofríos
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular
- Dolor de garganta
- Fatiga
- Congestión
- Pérdida del gusto o el olfato

2. ¿Ha cuidado o ha tenido contacto cercano en los últimos 14 días con alguien que tiene COVID-19 o que tiene síntomas de COVID-19?

Contacto cercano significa pasar un total de 15 minutos o más durante el transcurso de un día a unos 6 pies de cualquier persona que tenga COVID-19.

Si responde sí a cualquiera de estas preguntas, no entre en este edificio.



Use una mascarilla.



Lávese las manos.



Permanezca a 6 pies de los demás.



Quédese en casa si se siente enfermo.

m MINNESOTA

Minnesota Department of Health | health.mn.gov | 651-201-5000
625 Robert Street North PO Box 64975, St. Paul, MN 55164-0975

Comuníquese con health.communications@state.mn.us para solicitar otro tipo de formato.