



Herramienta de detección de enfermedades para la toma de decisiones inicial

Nombre: _____

* Si la respuesta es sí a 2 o más preguntas en la sección 1, o 1 o más preguntas en la sección 2, llame a los padres / personal y envíe a casa. Marque con un círculo Sí o No

Sección 1: (síntomas menores)

Sí / No - Dolor de garganta

Sí / No - Menor tos o el aumento de la tos crónica

Sí / No : congestión / secreción nasal (extendido, no porque venga del frío)

Sí / No : diarrea , vómitos, náuseas o dolor abdominal

Sí / No - Headache

Sí / No - Dolores musculares, fatiga

Sección 2: (síntomas principales)

Sí / No - Nueva sensación de pérdida del gusto u olfato

Sí / No - Falta de aire / dificultad para respirar

Sí / No - Dolor de cabeza severo

Sí / No : sensación de fiebre, escalofríos o

Sí / No - Temperatura de 100,4 o más

Sí / No : tos persistente nueva o inexplicable

Factores a utilizar para tomar decisiones

Sí / No : cualquier viaje reciente

Sí / No: asistió a una gran reunión

Sí / No: contacto cercano con alguien que dio positivo en la prueba

Sí / No -Alguien en casa está enfermo