

Nas últimas 24 horas, teve febre\* ou tomou medicação para baixar a febre?

**SIM =**



Sente-se enjoado, vomitou, teve diarreia, febre\*, dor de garanta ou sentiu-se mal?

**SIM =**



Foi-lhe indicado que ficasse em casa e em isolamento/quarentena devido a exposição à COVID-19?

**SIM =**