

En las últimas 24 horas, ¿ha tenido fiebre\* o ha tomado medicamentos para reducir la fiebre?

**SÍ =**



¿Se siente enfermo, ha tenido vómitos o diarrea, fiebre\*, dolor de garganta, o no se ha sentido bien?

**SÍ =**



¿Le han dicho que se quede en casa y que permanezca aislado o en cuarentena debido a una exposición a COVID-19?

**SÍ =**