

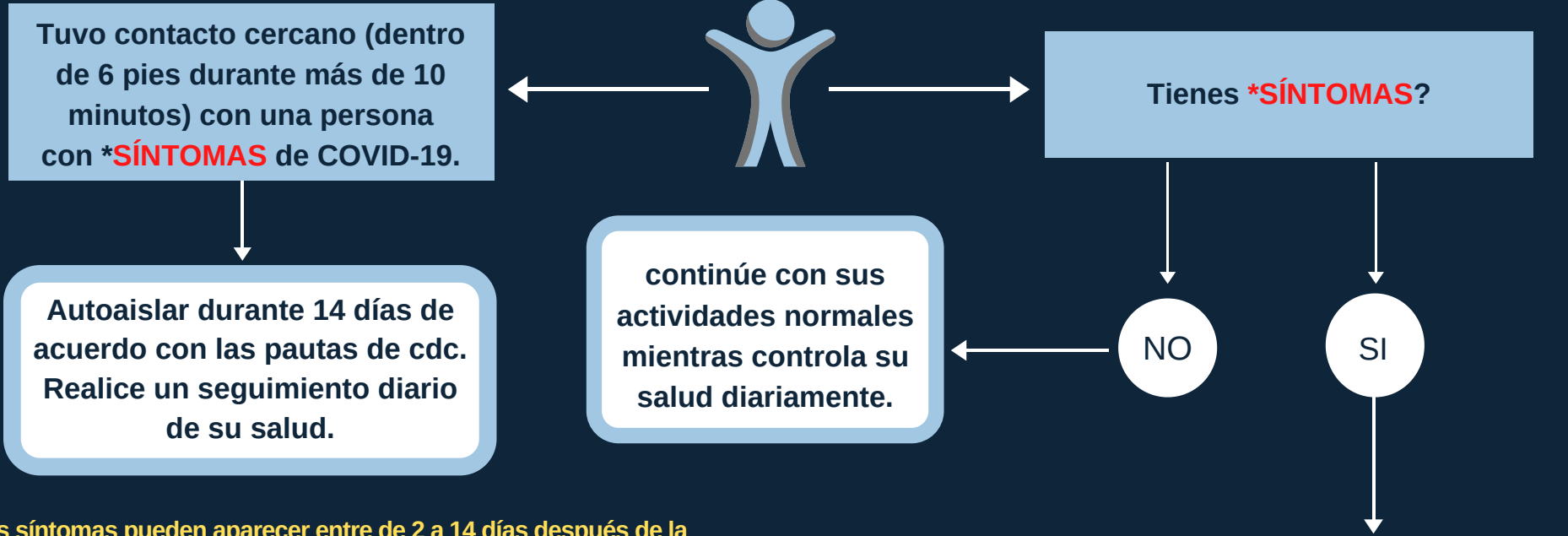
Árbol de decisión de COVID-19

(Revisado 5/12/20 debido a una mayor capacidad de pruebas y directrices actualizadas de CDC)



Eastern Idaho
Public Health
Prevent. Promote. Protect.
COVID-19 HOTLINE
(208) 522-0310 or toll free (855) 533-3160

EMPLEADO / INDIVIDUAL



*Los síntomas pueden aparecer entre de 2 a 14 días después de la exposición al virus e incluyen:

- tos
- falta de aire o dificultad para respirar

O al menos dos de los siguientes:

- fiebre
- escalofríos; podría incluir temblores
- repetidos
- dolor muscular
- dolor de cabeza
- dolor de garganta
- nueva pérdida de sabor u olfato

Este documento es una guía general para ayudar con la toma de decisiones. Consulte la Agencia de Salud Pública del Este de Idaho o su proveedor de atención médica para preguntas específicas de su circunstancia individual.

Monitoreo de Salud para Enfermedades Respiratorias

Siempre ha sido importante vigilar su salud. Use esta guía para monitorearse los síntomas si cree que tiene estado expuesto a una enfermedad respiratoria. Tómese la temperatura dos veces al día, en la mañana y en la tarde, y anótelos. Marque si usted tiene alguno de los síntomas enumerados: circule “Y” para Sí, y “N” para No. Si, usted siente fiebre, tos o dificultad para respirar, permanezca aislado hasta que la fiebre desaparezca, los síntomas han mejorado durante 3 días, y han pasado al menos 10 días desde que aparecieron los síntomas. Si siente que estos síntomas son graves, llame a su proveedor de atención médica.

Fecha														
AM o PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Temperatura	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°
Se Sintió febril/ Escalofríos	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Toz	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Dificultad para respirar/falta de aliento	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Dolores musculares	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Dolor de garganta	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Dolores de cabeza	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Pérdida del gusto/olfato	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Otro: _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

Registre si está tomando algún medicamento con aspirina, Tylenol® (acetaminofén), paracetamol, Aleve® (naproxeno), Motrin® o Advil® (ibuprofeno), o agregue cualquier otra nota sobre cómo se siente aquí

