



Screener Questions

Have you or anyone in your home had the following symptoms:

- Cough
- Fever- or have had a fever in the last 24 hours?
- Shortness of breath
- Chills and/or repeated shaking with chills
- Runny nose
- Sore throat
- Muscle pain
- Fatigue
- Loss of taste and/or smell
- Nausea
- Vomiting
- Diarrhea
- Itchy or red eyes

Have you taken any medication that might mask symptoms of COVID-19 or symptoms of any respiratory illness?

Have you had contact with anyone that has symptoms of COVID-19?

Are you able to work today?



Preguntas de Detección

¿Tiene usted o alguien en su hogar los siguientes síntomas?

- Tos
- ¿Fiebre o ha tenido fiebre en las últimas 24 horas?
- Dificultad para respirar
- Escalofríos y / o temblores repetidos con escalofríos.
- Nariz que moquea
- Dolor de garganta
- Dolor muscular
- Fatiga
- Pérdida de sabor y / u olor.
- Náuseas
- Diarrea
- Picazón o enrojecimiento de los ojos.

¿Ha tomado algún medicamento que pueda enmascarar los síntomas de COVID-19 o los síntomas de alguna enfermedad respiratoria?

¿Has tenido contacto con alguien que tenga síntomas de COVID-19?

¿Puedes trabajar hoy?