

COVID screening questions
Preguntas de detección de COVID

Date: _____

Circle the answer (s) that apply to you/ Encierre en un circulo la respuesta (s) que apliquen a usted.

1. Do you currently have a cough, fever, shortness of breath, or difficulty breathing?/ ¿Actualmente tiene tos, fiebre, o dificultad para respirar?

No Yes/Si

2. Have you had any international, cruise ship or domestic travel to a location with widespread community transmission within the past 14 days?/ ¿Ha tenido algún viaje internacional, de crucero o nacional a un lugar con transmisión comunitaria generalizada en los últimos 14 días?

No Yes/Si

3. Have you had close contact with someone with confirmed COVID-19 in the last 14 days?/¿Ha tenido contacto cercano con alguien con COVID-19 confirmado en los últimos 14 días?

No Yes/Si

4. Have you been tested for COVID-19 within the past 14 days? If yes, What was the result?/ ¿Se ha realizado la prueba del COVID-19 en los últimos 14 días?, En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado?

No Yes/Si

- 4.1 If yes, What was the result? / En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado?

Positive/ Positivo

Negative/ Negativo