

**COVID-19**  
**Questionary**

Have you or someone close to you in the past 14 days have had or has any of the following symptoms?

- Fever
- Cough
- Shortness of breath or difficulty breathing
- Fatigue
- Muscle or body aches
- Headache
- New loss of taste or smell
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Nausea or vomiting
- Diarrhea

\_\_\_\_\_ YES      \_\_\_\_\_ NO

**COVID-19**  
**Cuestionario**

¿Usted o una persona cercana a usted en los últimos 14 días tiene o a tenido uno de los síntomas?

- Fiebre o escalofríos
- Tos
- Dificultad para respirar (sentir que le falta el aire)
- Fatiga
- Dolores musculares y corporales
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o el gusto
- Dolor de garganta
- Congestión o moqueo
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

\_\_\_\_\_ SI      \_\_\_\_\_ NO