**Coronavirus COVID-19**

**Examen de Salud para Visitantes**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Tiene actualmente fibre de 100.4 grados F o más?

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No

1. ¿En los últimos 14 días ha tenido alguno de estos sintomas? (Marque todo lo que corresponda)

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Tos

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Falta de aire o dificultad para respirar

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Escalofríos

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Sacudidas repetidas con escalofríos

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Dolor muscular

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Dolor de cabeza

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Dolor de garganta

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Nueva perdida del gusto u olfato

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Fatiga

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Congestión o secreción nasal

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Nauseas o vómitos

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No Diarrea

3. ¿En los últimos 14 días, ha obtenido un resultado positive de una prueba de COVID-19 en un examen de saliva o de hisopo de nariz o garganta? (no en un análisis de sangre)

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No

1. ¿Regresa de vacaciones?

\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No

En caso afirmativo, ¿qué estado/país/territorio visitó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(debe comprobarse con la lista de restricciones de viaje de Nueva Jersey antes de dar entrada)

1. Temperatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_