

**Please notify us  
immediately if you  
can answer yes to any of  
these questions.**

**1. Are you having any of  
these symptoms?**

- Fever or chills
- 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

**2. In the last 10 days  
have you?**

- Been diagnosed with COVID-19?

**3. In the last 14 days  
have you?**

- Been exposed to others with COVID-19?
- Returned from international travel?

**Por favor notifíquenos  
de inmediato si puede  
responder que si a algunas  
de estas preguntas.**

**1. ¿Tiene alguno de  
estos síntomas?**

- Fiebre o escalofrío
- Tos
- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolores musculares o corporales
- Dolor de cabeza
- Nueva pérdida de sabor u olfato
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Náusea o vómito
- Diarrea

**2. En los últimos 10 días ha:**

- ¿Sido diagnosticado con COVID-19?

**3. En los últimos 14 días ha:**

- ¿Sido expuesto a personas con COVID-19?
- ¿Regresado de un viaje internacional?