

KenCrest / Departamento de Salud Pública de Filadelfia

COVID-19 Inspección visual

Fecha: _____

Nombre de niño/niña: _____

1. **TEMPERATURA:** Bajo 100.4°F En o por encima 100.4°F

Si la temperatura es de 100.4 ° F o superior → No es permite la entrada

2. SINTOMAS

¿Tienes alguno de los siguientes?

Tos Falta de aliento

Si la respuesta es Sí → no se permitirá la entrada

O

Fiebre Dolor de Garganta

Si son 2 o más síntomas → no se permitirá la entrada

Escalofríos Dolor Muscular

Dolor de Cabeza Nueva o leve perdida de sabor

3. ¿Alguna persona menor de 18 años en el hogar ha experimentado fiebre o sarpullidos en las últimas dos semanas?

Si la respuesta es Sí → no se permitirá que ingrese al centro, se recomienda la divulgación al proveedor de atención médica para que se autorice el regreso

4. INSPECCIÓN VISUAL

¿El individuo/a tiene mejillas sonrojadas, respiración rápida o dificultad para respirar (sin actividad física reciente) fatiga o irritabilidad extrema (en un niño/a) o tos?

Si No Comentarios:

Si la respuesta es Sí → no se permitirá la entrada

5. EXPOSICIÓN

¿Usted o alguien en el hogar ha estado expuesto a alguien con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días?

Si No Comentarios:

Si la respuesta es Sí → no se permitirá la entrada

Nombre del inspector/a _____