

# Cuestionario de coronavirus

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Has viajado fuera de Indiana en los últimos 14 días?

Si

No

Donde? \_\_\_\_\_

¿Ha estado en contacto cercano con una persona que se sepa que tiene el COVID-19, o usted vive o ha estado recientemente en un área en la que haya propagación en curso del COVID-19?

Si

No

¿Has experimentado alguno de los siguientes síntomas?

fiebre

tos

Dificultad para respirar

