

COVID-19 Screening Questions

Preguntas de detección de COVID-19

Do you have any of the following:

- Exposure to a known COVID-19 positive patient in the last 14 days
- Fever or chills (a temperature of 100.4°F or 38°C or greater)
- Cough
- Shortness of breath or difficulty breathing
- Fatigue
- Muscle or body aches
- New loss of taste or smell
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Nausea or vomiting
- Diarrhea

¿Presenta alguno de los siguientes elementos de la lista?

- Contacto con un paciente que ha estado positivo con COVID-19 en los últimos 14 días
- Fiebre o escalofríos (temperatura de 100.4 ° F o 38 ° C o más)
- Tos
- Dificultad para respirar o dificultad respirando
- Fatiga
- Dolores musculares o del cuerpo
- Reciente pérdida del gusto o del olfato
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Dolor de cabeza
- Náusea o vómitos
- Diarrhea



St. Joseph's Health