

Lista para la Detección de Síntomas para Visitante

Si usted/el visitante está/están experimentando/exhibiendo **UNO o más** de los siguientes, el visitante no puede entrar en el lugar.

| SINTOMA | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Fiebre de 100 grados o más o Escalofríos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta de respiración o Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores musculares o corporales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nueva perdida del gusto o el olfato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Congestión o secreción nasal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Náuseas o vómitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |