

Lista de verificación de síntomas para el personal no sanitario

1 ¿Le han diagnosticado COVID-19?

<input type="checkbox"/> Sí	No debe trabajar fuera de su casa a menos que pueda responder “ sí ” a las siguientes tres afirmaciones: <ul style="list-style-type: none">• Han pasado 10 días desde la fecha de un resultado positivo en la prueba o desde que tuvo síntomas por primera vez (lo que suceda antes).• Han pasado 24 horas desde que tuvo fiebre (sin tomar medicamentos para bajar la fiebre).• Sus otros síntomas están mejorando.
<input type="checkbox"/> No	Vaya a la pregunta 2.

2 ¿Ha estado en contacto estrecho (a menos de 6 pies durante 15 minutos como mínimo) en los últimos 14 días con alguien diagnosticado con COVID-19?

O

¿Ha viajado fuera del estado por motivos no esenciales en los últimos 14 días?

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <ul style="list-style-type: none">• Vaya a la pregunta 3. |
| <input type="checkbox"/> No | <ul style="list-style-type: none">• Vaya a la pregunta 4. |

3 ¿Han pasado al menos 2 semanas desde que completó todas las dosis requeridas para una vacuna contra la COVID-19?

O

¿Ha tenido COVID-19 en los últimos 90 días?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <ul style="list-style-type: none">• Vaya a la pregunta 4. |
| <input type="checkbox"/> No | No debe regresar a trabajar hasta que haya cumplido con una de las siguientes opciones de cuarentena: <ul style="list-style-type: none">• Al menos 14 días desde que tuvo su último contacto• Al menos 10 días* desde que tuvo su último contacto si no presentó ningún síntoma• Al menos siete días* desde que tuvo su último contacto si no presentó ningún síntoma y obtuvo un resultado negativo en una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (polymerase chain reaction, PCR) o de antígenos en las 48 horas anteriores a finalizar la cuarentena |

* Si la autoridad de salud pública local recomienda una de estas opciones, le pedimos que siga su recomendación.

4

En las últimas 24 horas, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto o del olfato | <input type="checkbox"/> Dolores musculares o corporales | <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire o dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Diarrea |

<input type="checkbox"/> Sí	<p>Si tiene alguno de estos síntomas, debe irse a su casa, evitar el contacto con los demás y llamar a su proveedor de atención médica o al departamento de salud del condado para analizar si corresponde hacerse la prueba.</p> <p>Puede regresar a trabajar cuando hayan pasado al menos 24 horas desde que tuvo fiebre (sin tomar medicamentos para bajar la fiebre) y los síntomas estén mejorando.</p>
<input type="checkbox"/> No	<p>Puede trabajar fuera de su casa.</p>

Accesibilidad a los documentos: para las personas con discapacidades o las personas que hablan un idioma que no es inglés, la Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority, OHA) puede proporcionar información en formatos alternativos, como traducciones, letra grande o braille. Comuníquese con el Centro de Información de Salud llamando al 1-971-673-2411, TTY: 711, o bien, envíe un correo electrónico a COVID19.LanguageAccess@dhs.ohsa.state.or.us.