Departamento de Salud del Condado de Carroll

Lista de Verificación diaria de Síntomas para personas en el hogar

Todos los días, revise la lista de síntomas. Cada página tiene una columna durante 7 días. Debe pasar 3 días sin fiebre (sin el uso de medicamentos reductores) Y tener sus otros síntomas mejorando antes de que pueda comenzar a interactuar con otros o regresar al trabajo.

Lista de verificación de síntomas	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fiebre 100.4F (38C) o mas	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Se sintio con fiebre	☐si ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Escalofrios	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Tos	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Falta de aliento	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Dolor Muscular	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Dolor de Cabeza	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Nariz que moquea	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Dolor de garganta	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Pérdida del sentido del gusto u olfato	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Dolor abdominal	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Nausea/Vomito	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Diarrea 3 o más heces sueltas en el pasado	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No	☐SI ☐No
Hoy como se siente?	☐Lo mismo ☐Mejor ☐Peor*	☐Lo mismo ☐Mejor ☐Peor*	☐Lo mismo ☐Mejor ☐Peor*	☐Lo mismo ☐Mejor ☐Peor*	☐Lo mismo ☐Mejor ☐Peor*	☐Lo mismo ☐Mejor ☐Peor*	☐Lo mismo ☐Mejor ☐Peor*

*Si se siente mucho peor, llame a su proveedor de atención medica (PCP) o al 911