­­­­

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | ¿Usted, o alguien de su familia, ha estado en contacto con una persona que haya dado positivo por COVID-19? |
| **2** | ¿Usted o alguien de su familia ha estado en contacto con una persona que está en proceso de hacerse la prueba de COVID-19? |
| **3** | ¿Usted o alguien de su familia ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días? |
| **4** | ¿Ha sido médicamente dirigido a la auto cuarentena debido a una posible exposición al COVID-19? |
| **5** | ¿Actualmente tiene problemas para respirar o tiene síntomas similares a los de la gripe en las últimas 48 horas, que incluyen: fiebre, tos, falta de aliento, dolor de garganta, secreción / congestión nasal, dolor de cuerpo, escalofríos o fatiga? |

**Si responde sí a alguna de estas preguntas, comuníquese con [entrar nombre a XXX-XXX-XXXX] antes de entrar el edificio. Gracias.**

**Nuestras oficinas están abiertas, sin embargo, lea las preguntas a continuación.**