



Las próximas medidas: contactos cercanos con alguien con COVID-19

- Siga estas **prácticas esenciales de salud pública durante 14 días** desde su último contacto cercano con alguien con COVID-19.
- **Cualquier persona que tuvo contacto cercano con alguien con COVID-19** debe hacerse la prueba. Si el resultado es negativo durante el período de cuarentena, aún deberá completar la cuarentena completa de 14 días antes de que sea prudente volver al trabajo o estar cerca de otros. Es importante ponerse en cuarentena y estar pendiente de sus síntomas para protegerse, proteger a su familia y a su comunidad.
- Es importante **ponerse en cuarentena y estar pendiente** de los síntomas para protegerse a sí mismo, a su familia y a su comunidad.

¿Qué significa tener "contacto cercano" con alguien con COVID-19?



Usted tuvo "contacto cercano" si CUALQUIERA de las siguientes situaciones ocurrieron mientras pasaba tiempo con la persona con COVID-19 (aun si la persona no tenía síntomas):

- Tuvo contacto físico directo con la persona con COVID-19 (por ejemplo, la abrazo, la beso, le apretó las manos).
- Estuvo a menos de 6 pies de la persona con COVID-19 por más de 15 minutos.
- Tuvo contacto con las secreciones respiratorias de la persona con COVID-19 (por ejemplo, la persona tosió/estornudó cerca de usted, usted tocó un pañuelo sucio, compartió un vaso, comida, toallas u otros artículos personales).
- Pasó por lo menos una noche en la casa de la persona con COVID-19.

RECUERDE:

- Alguien que esté enfermo con COVID-19 puede contagiar a otros con el virus dos días antes de que muestre cualquier síntoma.
- No todas las personas que tienen COVID-19 presentarán síntomas, pero todavía pueden contagiar a otros.

¿Cómo me pongo en cuarentena?

- **Quédese en casa tanto como sea posible.**
- **La mayoría de las personas no deberían ir al trabajo si su trabajo requiere estar cerca de otras personas.** Hable con su empleador sobre trabajar de manera remota si su empleador se lo permite. Los trabajadores de la salud deberán comunicarse con su empleador para conocer la política de salud vigente.
- **Evite viajar.** Si viajar es absolutamente necesario, y se enferma, puede que no pueda volver a casa hasta que se recupere. Cuando vuelva a casa, se le pedirá continuar con la cuarentena y estar pendiente de los síntomas durante 14 días.
- **Lávese las manos a menudo y practique una buena higiene.**

- **Salga sólo si es absolutamente necesario.** Mejor, vea si alguien puede dejar lo esencial en su casa. Si necesita salir, limite sus viajes a las necesidades esenciales, por ejemplo, ir al médico, hacer la compra o recoger la medicación. Recuerde que siempre debe llevar puesta una cubierta de tela para la cara.
- **Posponga todas las citas médicas no esenciales hasta que su cuarentena haya terminado.** Si tiene una cita esencial durante la cuarentena, llame a su médico sobre los arreglos que se pueden hacer.
- **Use una cubierta para la cara cuando esté cerca de otros.** Las cubiertas para la cara ayudan a proteger a los demás evitando que las gotitas respiratorias entren en el aire.
- **No use transporte público, vehículos compartidos o taxis.**

¿Cómo estar pendiente de sus síntomas?

- **Tome su temperatura dos veces al día, una vez por la mañana y otra vez por la noche.** Si no tiene un termómetro, esté atento a los síntomas de la fiebre como la sensación de calor, escalofríos o sudores. Está atento a la tos o la dificultad para respirar.
- **Responda a su departamento de salud local.** Puede que le pidan información sobre cómo se siente. Si lo hacen, le dirán cómo proporcionar esta información (por ejemplo, llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto) y con qué frecuencia.



Si tiene fiebre, tos, dificultad para respirar o cualquier otro síntoma relacionado con COVID-19*:



1. **Contacte con su médico.** Dígame sus síntomas y vea si necesita atención médica o pruebas. No vaya al consultorio de su médico sin contactar la oficina de su médico primero.
2. **Quédese en casa a menos que necesite atención médica de emergencia.** Aíslese de los demás en su casa, practique una buena higiene de las manos, desinfecte las superficies de su casa y use una cubierta para la cara si necesita estar cerca de otras personas. Si necesita atención médica de emergencia, llame al 911 y hágales que ha estado al pendiente de los síntomas debido al COVID-19.

*Otros síntomas de COVID-19 pueden incluir dolor de garganta, secreción nasal, dolor muscular, dolor de cabeza, síntoma nuevo de pérdida del gusto o del olfato. Algunas personas también pueden experimentar fatiga o síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea o dolor abdominal.



Registro de síntomas y fiebre de 14 días - COVID-19

Nombre		Edad (años)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección	Ciudad	Estado	Su número de teléfono
Departamento de salud pública local		Número de teléfono – durante el día	Número de teléfono – fuera de horario

Ponga la fecha actual para los próximos 14 días en el espacio previsto. Tome su temperatura dos veces al día; una vez por la mañana (a.m.) y una vez por la noche (p.m.), circule Sí o No si tiene fiebre o se siente afebrado, escriba su temperatura en el espacio provisto.

Círculo Sí o No - Si tiene tos, dolor de garganta o dificultad para respirar cada día.

No deje ningún espacio en blanco. Si tiene fiebre o cualquier síntoma, llame a su médico.

Fecha (mes/día) (Días 1-14)	¿Se siente afebrado?	Su temperatura por la mañana (a.m.)	Su temperatura por la noche (p.m.)	¿Tiene tos?	¿Tiene dolor de garganta?	¿Tiene dificultad para respirar?	Otros síntomas
1	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
2	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
3	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
4	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
5	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
6	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
7	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
8	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
9	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
10	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
11	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
12	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
13	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	
14	Sí / No	°C / °F	°C / °F	Sí / No	Sí / No	Sí / No	