

# COVID-19 Lista de Chequeo Visual de Sintomas



## Cómo se siente ?



**Bien**



**Enfermo**



**Preocupado**



## Cómo siente la temperatura de su cuerpo?



**Bien**



**Caliente**

FEVER



**Frio**

CHILLS



## Cómo se siente al Respirar?



**Bien**



**Dificultad al  
respirar o dolor**



**Tengo  
Tos**



## Cómo esta su cabeza?



**Bien**



**Duele**

HEADACHE

*Este proyecto fue apoyado, en parte por el número de subvención 1901TNSCDD, de la Administración de Vida Comunitaria de los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. 20201. Se alienta a los concesionarios que emprendan proyectos con patrocinio gubernamental a expresar libremente sus resultados y conclusiones.*

*Por lo tanto, los puntos de vista u opiniones no representan necesariamente la política oficial de ACL*