



Guía para Personas bajo Monitoreo Activo por Nuevo Coronavirus

Esta guía es para ayudarlo a controlar de cerca su salud durante un máximo de 14 días porque puede haber estado expuesto a un paciente con nuevo coronavirus. Eso NO significa que se enfermará con nuevo coronavirus.

¿Por qué se le pide que verifique su temperatura y sus síntomas por hasta 14 días?

Es muy importante que controle su salud para que pueda ser atendido y tratado rápidamente si se enferma. Según lo que se sabe de otras infecciones de coronavirus, 14 días es el tiempo más largo entre la última vez que estuvo expuesto al nuevo coronavirus y el comienzo de los síntomas.

¿Cuáles son los signos y síntomas del nuevo coronavirus?

Los síntomas más comunes del nuevo coronavirus son fiebre y tos, a veces dificultad para respirar, más raramente dolor de garganta, dolores musculares y molestias abdominales. Estos síntomas también pueden deberse a muchas otras enfermedades. Si desarrolla fiebre o algún síntoma, no significa que tenga nuevo coronavirus, pero debe hacer un seguimiento con la jurisdicción local de salud pública (LHJ).

¿Cómo debe controlar su salud durante este período de tiempo?

Le dieron un formulario para registrar su temperatura y sus posibles síntomas. Reporte esta información diariamente a LHJ. Le dirán qué día debe dejar de controlarse.

Instrucciones para controlar su temperatura y síntomas

- Cada día, tome su temperatura dos veces y registre su temperatura y la presencia o ausencia de todos los síntomas en el registro de fiebre y síntomas de 14 días.
- Tómese la temperatura por vía oral (por boca) con un termómetro digital dos veces al día, una vez por la mañana y otra por la noche.
 - Anote su temperatura en el formulario dos veces al día, todos los días.
 - Si olvida tomar su temperatura, tómela tan pronto como lo recuerde.
 - Registre si está tomando algún medicamento que pueda reducir la temperatura de su cuerpo, incluida la aspirina (ácido acetilsalicílico), Tylenol® (acetaminofeno), Motrin® o Advil® (ibuprofeno), Aleve® (naproxeno). Si está tomando uno de estos medicamentos, tome su temperatura antes de su próxima dosis de medicamento.
- Informe a LHJ sobre cualquier otro medicamento tomado y sobre cualquier condición de salud actual.
- Marque si tiene alguno de los síntomas del nuevo coronavirus enumerados en el formulario.
- Si tiene fiebre o alguno de los síntomas que figuran en el formulario, llame de inmediato a LHJ _____, si no está disponible, llame al **División de Salud Pública y Conductual de Nevada: (775) 684-5911 (L-V 8:00 AM to 5:00 PM), (775) 400-0333 (después del horario de atención).**
- Todos los días, informe cualquier síntoma que haya experimentado o si no ha tenido ningún síntoma a los funcionarios de salud pública por teléfono, correo electrónico u otros medios según lo indique la salud pública.

¿Qué debo hacer si me enfermo durante este período de monitoreo?

Llamar a la salud pública local. _____ NO VAYA a una clínica u hospital sin antes llamar a la salud pública local. Llamar primero ayudará a la clínica u hospital a prepararse para recibirlo y cuidarlo de la manera más segura posible. Si no puede comunicarse de inmediato con la salud pública local, llame a su médico o al hospital local y dígales que la salud pública lo está monitoreando por una posible exposición al nuevo coronavirus y que necesita atención médica y pruebas de seguimiento.



Formulario de seguimiento de fiebre y síntomas de 14 días para contactos de pacientes con COVID-19, días 1-7

Nombre: _____ Edad (años): _____ Sexo: M F Dirección y Ciudad, Estado: _____

Número de teléfono: _____ Número de identificación del caso (del formulario de listado de contactos): _____ Número de contacto: _____

¿Dónde ocurrió el contacto con el caso?: _____ Fecha del último contacto con el caso (mm/dd/aaaa): _____

Tómese la temperatura dos veces al día, por la mañana y por la tarde, y anótelos. Marque si tiene alguno de los síntomas: circule "Y" para Sí y "N" para No. **No deje ningún espacio en blanco.** Si tiene fiebre o algún síntoma, llame de inmediato a su departamento de salud pública al _____.

Día # (desde el último contacto)	1		1		2		2		3		3		4		4		5		5		6		6		7		7	
Fecha																												
AM o PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Temperatura	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Se Sintió Febril	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Tos	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Dolor de Garganta	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Dificultad para Respirar/Falta de Aliento	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Dolores Musculares/Dolor de Cabeza	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Malestar Abdominal	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Vómitos	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Diarrea	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N



Formulario de seguimiento de fiebre y síntomas de 14 días para contactos de pacientes con COVID-19, días 8-14

Nombre: _____ Edad (años): _____ Sexo: M F Dirección y Ciudad, Estado: _____

Número de teléfono: _____ Número de identificación del caso (del formulario de listado de contactos): _____ Número de contacto: _____

¿Dónde ocurrió el contacto con el caso?: _____ Fecha del último contacto con el caso (mm/dd/aaaa): _____

Tómese la temperatura dos veces al día, por la mañana y por la tarde, y anótelos. Marque si tiene alguno de los síntomas: circule "Y" para Sí y "N" para No. **No deje ningún espacio en blanco.** Si tiene fiebre o algún síntoma, llame de inmediato a su departamento de salud pública al _____.

Día # (desde el último contacto)	8		8		9		9		10		10		11		11		12		12		13		13		14		14					
Fecha																																
AM o PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM				
Temperatura	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N		
Se Sintió Febril	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Tos	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Dolor de Garganta	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Dificultad para Respirar/Falta de Aliento	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Dolores Musculares/Dolor de Cabeza	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Malestar Abdominal	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Vómitos	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Diarrea	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N