

**Orientación sobre el nuevo coronavirus (COVID-19)**  
 (Novel coronavirus (COVID-19) Guidance)

**Cuestionario de evaluación de familiar de apoyo diario designado y visitante en cuidados agudos**  
 (Daily Designated Family Support and Visitor Screening Questionnaire in Acute Care)

Requerimos que conteste las preguntas siguientes para determinar si su visita de hoy mantendrá seguro el entorno. Debe aplicar la higiene de manos como le indique el equipo médico. El cuestionario corresponde solo a síntomas **nuevos** o a síntomas **agravados** que se relacionan con alergias o padecimientos crónicos o preexistentes. Todavía pueden visitar al paciente quienes tengan síntomas relacionados con padecimientos preexistentes o alergias.

1.	¿Tiene cualquiera de los síntomas siguientes, surgido en los últimos 10 días Y que es nuevo o está empeorando? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Tos</li> <li>• Falta de aire</li> <li>• Dificultad para respirar</li> <li>• Dolor de garganta</li> <li>• Escurrimiento nasal</li> <li>• Presencia de vómito o diarrea en las últimas 48 horas</li> </ul>	Sí	No
2.	¿Tuvo resultado positivo para la COVID-19 en los últimos 10 días o está esperando los resultados de la prueba de la COVID-19, que se realizó a causa de síntomas?	Sí	No
3.	¿Le indicaron en los últimos 14 días que practique el autoaislamiento*?	Sí	No
4.	¿Regresó a Canadá desde otro país (incluido EE. UU.) en los últimos 14 días?	Sí	No
5.	¿Tuvo contacto estrecho* (contacto cara a cara a menos de 2 metros/6 pies) en los últimos 14 días con alguien que está enfermo** o está experimentando uno o más de los síntomas mencionados en la pregunta #1?	Sí	No
6.	¿Estuvo en contacto estrecho* en los últimos 14 días con alguien a quien se está evaluando*** respecto a la COVID-19 o en quien se confirmó el diagnóstico de esta?	Sí	No
7.	¿Tiene relación con un entorno o instalación en el que hubo un brote y se le indicó que se realice una prueba o que se autoaisle?	Sí	No

**Si respondió "Sí" a:**

- **Las preguntas 1 o 2**, no podrá ser visitante por el momento, **a menos** que esté designado como familiar de apoyo esencial de un paciente pediátrico o un adulto dependiente (cuando no haya ningún otro apoyo disponible) y que el área de atención le haya dado permiso para ello.
- **Las preguntas 3-7**, no podrá ser visitante por el momento, **a menos** que no tenga síntomas y esté designado como familiar de apoyo esencial de un paciente pediátrico, paciente de maternidad o adulto dependiente (cuando no haya ningún otro apoyo disponible). El área de atención debe tener conocimiento de su necesidad de autoaislamiento antes de que ingrese en ella.



- **CUALQUIER pregunta** debe responder la herramienta de autoevaluación en línea, en [ahs.ca/covid](https://ahs.ca/covid), para determinar su necesidad de someterse a la prueba de la COVID-19.

**Si respondió “NO” a todas las preguntas, puede proceder con su visita.** Si experimenta cualquiera de los síntomas mencionados arriba, hable con un profesional de la salud y sométase de nuevo a la evaluación.

**Nota:**

**(Note:)**

1. Si tiene otros síntomas que son nuevos o un cambio respecto a sus síntomas usuales, debe quedarse en casa y minimizar el contacto con otras personas hasta que se sienta mejor.
2. Se podría requerir su evaluación adicional en el área de atención.

\*Contacto estrecho incluye brindar atención, vivir con o de otro modo tener contacto cercano prolongado (a menos de 2 metros) mientras la persona estuvo enferma, o contacto con líquidos corporales infecciosos (p. ej., de tos o estornudos) sin uso de la mascarilla o protección de la cara/ojos durante 15 minutos o más.

\*\*'Enfermo' significa una persona con síntomas de la COVID-19 incluidos en la lista, arriba.

\*\*\*'Se está evaluando' significa cualquier persona que está esperando resultados de la prueba a causa de síntomas, ha tenido contacto estrecho con una persona que tiene síntomas de la COVID-19 o tiene conexión con un área donde hubo un brote y se le aconsejó que se realice la prueba o se autoaisle.