

# Autoaislamiento para las personas evaluadas para COVID-19

El Department of Health Services de Wisconsin y su departamento de salud local han determinado que debe practicar el autoaislamiento y el autocontrol para protegerse y proteger a su comunidad del nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). Esta decisión se tomó porque desarrolló síntomas después de viajar a un área afectada por el nuevo coronavirus COVID-19 o por tener contacto con alguien infectado.

## Autoaislamiento



**Quédese en casa** (u otro lugar aprobado por salud pública). Esto significa no ir al trabajo, a la escuela o a las áreas públicas. Si necesita atención médica, es importante que siga las instrucciones a continuación.



Mientras esté en casa, **sepárese de las demás personas en la casa**. En la medida de lo posible, debe permanecer en una habitación específica y lejos de las demás personas en su casa. Además, debe usar un baño separado, si está disponible.



**Evite compartir artículos personales del hogar**. No debe compartir platos, vasos, tazas, utensilios para comer, toallas o ropa de cama con otras personas en su casa. Después de usar estos artículos, deben lavarse bien con agua y jabón.

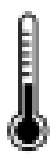


**Lávese las manos con frecuencia** y practique una buena higiene.



**Posponga todas las citas médicas no esenciales hasta que esté fuera de cuarentena**. Si tiene una cita esencial durante la cuarentena, informe a su departamento de salud local que lo ayudará a coordinar la visita médica.

## Autocontrol



**Tome su temperatura dos veces al día**. Si no tiene un termómetro, o necesita instrucciones para usar uno, informe a su departamento de salud pública local.



Esté atento a una **tos** que empeora o si tiene **dificultad para respirar**.

## Si sus síntomas empeoran o tiene dificultad para respirar:

Consulte a su proveedor de atención médica para obtener instrucciones antes de ingresar. Le indicarán los próximos pasos.

**Si necesita atención médica de emergencia en cualquier momento durante el período de supervisión, llame al 911 e infórmeles que está siendo evaluado por un nuevo coronavirus.**



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.  
**Brown County**  
Health & Human Services



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.  
De Pere Health Department

## Registro de fiebre y síntomas de 14 días para las personas evaluadas para el COVID-19

Nombre \_\_\_\_\_

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 afiebrado, 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 proveedor o system de atención médica.

Fecha (mes/día) (Días 1-14)	¿Se siente afiebrado?	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	