



Auto-Revision Diaria

Si contestaste “si” a alguno de los siguientes sintomas o criterio, ponte en contacto con tu representante deHR.

NO	SI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre (Temperatura mayor que 100.4° Fahrenheit)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para Respirar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contacto cercano con alguien que se ha sometido a un examen, o confirmado que tiene el COVID-19

RECORDATORIO
Por la seguridad de todos, por favor :



**ENFERMO?
QUEDATE EN
CASA**



**LAVATE LAS MANOS
FRECUENTEMENTE**



**MANTEN TU
DISTANCIA**



**CUBRETE TU
CARA**