

INFORMACIÓN SOBRE EL CORONAVIRUS

SOY SORDO O CON DIFICULTADES DE AUDICIÓN

Estoy usando esta tarjeta para comunicarme. Voy a necesitar un intérprete certificado de lenguaje de señas o subtítulos para comunicarme.

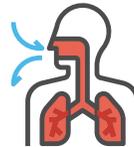
Síntomas:



FIEBRE



TOS



DIFICULTAD
PARA RESPIRAR

Ha viajado recientemente:



¿Qué país?



¿Ha estado cerca de una persona que tenga COVID-19?



¿Cuánto tiempo enfermo? (número de días enfermo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10+

www.alliantquality.org



This material was prepared by the State of New Jersey Department of Human Services Division of the Deaf and Hard of Hearing and adapted by Alliant Quality, the quality improvement group of Alliant Health Solutions (AHS), the Medicare Quality Innovation Network - Quality Improvement Organization for Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Louisiana, North Carolina, and Tennessee, under contract with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), an agency of the U.S. Department of Health and Human Services. The contents presented do not necessarily reflect CMS policy. Publication No. 12SOW-AHSQIN-QIO-TO1-20-169