

COVID-19 Registro de Temperatura

Nombre [imprima por favor]: _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección completa _____

Teléfono _____

El día	La fecha	a.m.	Temp.	p.m.	Temp.	los síntomas (ninguno o la lista)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

Síntomas de la enfermedad del coronavirus incluyen fiebre o escalofríos, tos, y dificultad para respirar (sentir que le falta el aire).