

## Bitácora del VDH para el monitoreo diario de COVID-19

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Las tablas adjuntas se han proporcionado para ayudar con el monitoreo de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) durante los 14 días transcurridos desde la última posible exposición al virus que causa el COVID-19. Úselos para llevar un registro de su temperatura dos veces al día y cualquier síntoma, en caso de que ocurra. Mida su temperatura dos veces al día (una vez en la mañana y otra en la noche) y registre las temperaturas en la bitácora que le dieron. Es bueno tomarse la temperatura aproximadamente a la misma hora cada mañana y noche. No coma ni beba nada durante 30 minutos antes de tomarse la temperatura, y no tome medicamentos para bajar la fiebre (aspirina, Tylenol, ibuprofeno, Aleve, etc.).

No todas las personas con COVID-19 presentan síntomas. Si se presentan síntomas, generalmente aparecen entre 2 y 14 días después de la exposición al virus. Las personas con COVID-19 que presentan síntomas han informado una gran variedad de síntomas, que van desde muy leves a graves. Los síntomas pueden incluir fiebre o escalofríos, tos, falta de aire o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del sentido del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o goteo nasal, náuseas o vómitos, o diarrea. No todas las personas con COVID-19 tendrán todos los síntomas y es posible que no se presente fiebre. Para obtener una lista completa de síntomas, consulte [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html).

**Si presenta síntomas de COVID-19 (incluso si sus síntomas son muy leves), quédese en casa, descanse y sepárese de otras personas o animales en su hogar tanto como sea posible.** La mayoría de las personas que contraen COVID-19 presentan síntomas leves que mejoran sin ayuda médica. Si tiene síntomas y desea hacerse la prueba de COVID-19, llame a su proveedor de atención médica. Su proveedor puede obtener las muestras para hacerle la prueba o ayudarlo a encontrar sitios de muestreo en su zona. Para obtener más información, visite el sitio de VDH [Qué hacer si presuntamente está infectado o confirmado con COVID-19](#).

Si tiene un [mayor riesgo de enfermarse gravemente con COVID-19](#) (por ejemplo, adultos mayores o personas de cualquier edad con otros problemas de salud como enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer o un sistema inmunitario debilitado) o si su enfermedad está empeorando (por ejemplo, dificultad para respirar o fiebre persistente después de usar medicamentos para reducir la fiebre), llame a su proveedor de atención médica.

- Si es posible, y si no es una emergencia médica, debe pedirle a un familiar o amigo que lo lleve en un automóvil privado. No use transporte público (como un tren, metro, autobús, taxi). Lleve todos los documentos (por ejemplo: tabla de fiebre e información de contacto del departamento de salud local) para que pueda mostrarlos cuando llegue al departamento de emergencias.
- **Si está muy enfermo y es una emergencia médica, llame al 9-1-1.** Informe al operador sobre sus síntomas y si ha estado expuesto a alguien enfermo con COVID-19 e informe al personal de la ambulancia cuando lleguen.

Le sugerimos anotar la información de contacto de su proveedor de atención médica, el [departamento de salud](#), y un departamento de emergencias local para consultar fácilmente si se enferma o si tiene preguntas.

- Departamento de salud local:
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Número de teléfono: \_\_\_\_\_
- Proveedor de atención médica:
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Número de teléfono: \_\_\_\_\_
- Departamento de emergencias local:
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Bitácora de monitoreo diario para COVID-19**

Complete la tabla a continuación, registrando la temperatura y los síntomas todos los días. Para cada síntoma enumerado, indique "S" para "Sí" y "N" para "No".  
Día 1, Día 2, etc. corresponde con el número de días desde su última exposición conocida al virus.

Nombre (Apellido, nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de la última posible exposición al virus (día 0): \_\_\_\_\_ Fecha para completar el monitoreo (14 días después de la última posible exposición): \_\_\_\_\_

FECHA	__/__/__ Día 1	__/__/__ Día 2	__/__/__ Día 3	__/__/__ Día 4	__/__/__ Día 5	__/__/__ Día 6	__/__/__ Día 7
¿Medicamentos tomados hoy?*	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
En caso afirmativo, enumere:	_____ _____						
Temperatura (mañana )	____°F						
Temperatura (noche)	____°F						
¿Se sintió con fiebre?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Escalofríos?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Escalofríos violentos (tiritar)?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolores musculares?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Fatiga (cansancio)?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Goteo nasal?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Nariz congestionada o tapada?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolor de garganta?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Tos (tos nueva o empeoramiento de una tos crónica)?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Sibilancias o silbido del pecho?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Falta de aliento?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dificultad para respirar?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Náuseas o vómitos?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolor de cabeza?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolor abdominal (intestino) o dolor a la palpación?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolor en el pecho?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Diarrea (3 o más deposiciones sueltas en un período de 24 horas)?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Pérdida de apetito?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Nuevo trastorno del olfato?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Nuevo trastorno del gusto?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Otros síntomas/comentarios?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N

\* Enumere todos los medicamentos tomados hoy. Asegúrese de incluir medicamentos que reducen la fiebre (como aspirina, ibuprofeno, Tylenol o acetaminofén) y corticoides.

Notas/Comentarios:

**Bitácora de monitoreo diario para COVID-19**

Complete la tabla a continuación, registrando la temperatura y los síntomas todos los días. Para cada síntoma enumerado, indique "S" para "Sí" y "N" para "No".  
Día 1, Día 2, etc. corresponde con el número de días desde su última exposición conocida al virus.

Nombre (Apellido, nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de la última posible exposición al virus (día 0): \_\_\_\_\_ Fecha para completar el monitoreo (14 días después de la última posible exposición): \_\_\_\_\_

FECHA	___/___/___ Día 8	___/___/___ Día 9	___/___/___ Día 10	___/___/___ Día 11	___/___/___ Día 12	___/___/___ Día 13	___/___/___ Día 14
¿Medicamentos tomados hoy?*	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
En caso afirmativo, enumere:	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Temperatura (mañana)	____ °F	____ °F	____ °F	____ °F	____ °F	____ °F	____ °F
Temperatura (noche)	____ °F	____ °F	____ °F	____ °F	____ °F	____ °F	____ °F
¿Se sintió con fiebre?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Escalofríos?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Escalofríos violentos (tiritar)?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolores musculares?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Fatiga (cansancio)?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Goteo nasal?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Nariz congestionada o tapada?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolor de garganta?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Tos (tos nueva o empeoramiento de una tos crónica)?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Sibilancias o silbido del pecho?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Falta de aliento?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dificultad para respirar?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Náuseas o vómitos?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolor de cabeza?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolor abdominal (intestino) o dolor a la palpación?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Dolor en el pecho?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Diarrea (3 o más deposiciones sueltas en un período de 24 horas)?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Pérdida de apetito?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Nuevo trastorno del olfato?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Nuevo trastorno del gusto?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
¿Otros síntomas/comentarios?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N

\* Enumere todos los "medicamentos tomados hoy". Asegúrese de incluir medicamentos que reducen la fiebre (como aspirina, ibuprofeno, Tylenol o paracetamol) y corticoides.

Notas/Comentarios: