

PRUEBAS DE COVID-19

Pasos a seguir mientras espera resultados y después de obtener los resultados de las pruebas

Protéjase a sí mismo y a los demás.

- Lávese las manos frecuentemente con agua y jabón por lo menos por 20 segundos.
- No pase tiempo con personas que estén enfermas.
- Manténgase por lo menos a 2 metros (6 pies) de distancia de otras personas, incluso si se siente bien.
- Trate de no tocar sus ojos, nariz y boca si no se ha lavado las manos.
- Limpie todas las superficies de mucho contacto todos los días.
- Cúbrase la boca y nariz con un pañuelo cuando tosa o estornude, o use la parte interna de su codo.
- Utilice una mascarilla o protector facial cuando esté alrededor de otras personas.

Siga los siguientes pasos.

Si usted no se siente bien o ha estado expuesto al COVID-19:

- Siga las instrucciones de aislamiento en su hogar o de cuarentena mientras espera por sus resultados.
- Si usted es un trabajador del área de Salud o de primeros auxilios, informe a su lugar de trabajo que está siendo evaluado.
- Si usted es un miembro del hogar donde vive un estudiante, pregunte al distrito escolar del estudiante acerca de sus políticas en cuando a las guías de cuarentena para los miembros del hogar.

Si se siente bien:

- Practique lo indicado en la lista anterior para protegerse usted mismo y a los demás. Si ha estado expuesto a COVID-19, por favor siga las instrucciones de cuarentena.
- Si usted se hizo la prueba de COVID-19 para un próximo procedimiento, debe estar en cuarentena hasta el momento de su procedimiento.
- Si usted es un trabajador del área de Salud o de primeros auxilios, pregunte a su supervisor sobre las restricciones a seguir en el trabajo o para el cuidado de pacientes hasta conocer los resultados de su prueba.

Observe sus síntomas.

- Mantenga un registro de cualquier síntoma nuevo o fiebre (Puede usar el registro de síntomas de 14 días)
- Contacte a su proveedor médico primario si los síntomas empeoran o si tiene preguntas.
- Aunque usted no tenga síntomas, puede hacer que otros se enfermen.

*Llame al 911 o vaya a la Sala de Emergencia si presenta alguna de las señales de advertencia de emergencia médica

- o Dificultad para respirar
- o Labios o cara azulados
- o Presión o dolor constante en el pecho
- o Siente mareos o aturdimiento todo el tiempo
- o Está actuando confusamente
- o Dificultad para levantarse
- o Dificultad para hablar (nueva o empeorando)
- o Convulsiones nuevas o convulsiones que no se detienen

*Nota: Esta lista no incluye todas las señales de advertencia de emergencia médica. Llame al 911 por cualquier emergencia médica.

Una **exposición** sería si usted estuvo a menos de 2 metros (6 pies) de una persona infectada durante al menos 15 minutos, a partir de 48 horas antes del inicio de la enfermedad hasta el momento en que la persona infectada fue aislada.

El **aislamiento** separa a una persona porque se sabe o se cree que está infectada con una enfermedad contagiosa. **La cuarentena** separa a una persona que se cree que estuvo expuesta a una enfermedad contagiosa, pero que no presenta síntomas todavía.

Resultados de la prueba de COVID-19

Independientemente de si su prueba fue positiva o negativa, usted debe continuar protegiéndose a sí mismo y a los demás. Cada situación puede variar. Siga las instrucciones de su proveedor médico primario y del organismo de salud pública.

Según la evaluación de salud pública de su situación, las indicaciones podrían diferir de lo que le recomendó su proveedor de atención médica. Si este es el caso, siga las recomendaciones de salud pública.

¿Qué sucede si su prueba resulta positiva?

Siga estos pasos para iniciar su aislamiento en el hogar:

- No tenga contacto con otras personas. Todas las personas que viven con usted deben permanecer en casa.
- Informe a su empleador que usted resultó positivo para COVID-19.
- No vaya al hospital a menos que tenga una emergencia médica. La mayoría de las personas que tienen COVID-19 tienen síntomas menores como fiebre y tos, y pueden recuperarse por sí mismos en casa.
- Observe sus síntomas. Contacte a su médico de inmediato si usted tiene alguna señal de advertencia médica.
- Descanse y tome suficientes líquidos.
- Los medicamentos de venta libre que alivian los síntomas de fiebre podrían ayudarle. Hable con su proveedor médico acerca de medicamentos o tratamientos adicionales.
- Incluso si usted no tiene síntomas, podría hacer que otros se enfermen.

¿Cuándo termina el aislamiento en el hogar?

Se deben cumplir las siguientes tres condiciones para suspender el aislamiento.

- No ha tenido fiebre por lo menos por 24 horas sin tomar medicinas para reducir la fiebre.
- Sus otros síntomas han mejorado en las últimas 24 horas.
- Deben haber pasado por lo menos 10 días desde que empezó a tener síntomas.

¿Qué sucede si su prueba resulta negativa y usted estuvo expuesto a alguien con COVID-19?

- Aunque su prueba haya sido negativa, tiene que estar en cuarentena por 14 días desde la última vez que estuvo expuesto y observar si desarrolla los síntomas.
- El resultado negativo no cambia la necesidad de estar en cuarentena, sólo ayuda a saber si es necesario hacer más rastreo de contactos.

¿Qué sucede si su prueba es negativa y no ha estado expuesto al COVID-19?

- Lo más probable es que usted no tiene COVID-19 en este momento.
- Puede ser que estuvo expuesto a COVID-19 en algún momento y no ha pasado suficiente tiempo para que la prueba lo detecte. Podría resultar positivo en una fecha posterior.
- Necesita continuar la práctica de medidas de protección para ayudar a prevenir que usted mismo y otros se enfermen.

¿Está usted en contacto cercano con alguien que tiene COVID-19?

Si usted se hace la prueba durante su cuarentena y el resultado es negativo, aún debe completar su cuarentena completa de 14 días antes de regresar al trabajo o estar cerca de otras personas.

Registro de Síntomas de 14 Días

Nombre _____ Número de Historial Médico _____

Instrucciones:

- Coloque la fecha en el espacio proporcionado para los siguientes 14 días.
- Tome su temperatura dos veces al día; una vez en la mañana (a.m.) y una vez en la noche (p.m.). El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) define una fiebre como una temperatura igual o mayor a 100.0°F.
- Marque Sí o No para cada síntoma en cada columna del día correspondiente.
- No deje espacios en blanco. Si los síntomas se presentan o empeoran, contacte a su médico de cabecera o llame al 911 para asistencia médica de emergencia.

Síntomas	Fechas (mes/día) - Conteste sí o no para cada fecha													
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
¿Tiene una fiebre mayor o igual a 100.0°F (37.8°C) o escalofríos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una tos nueva que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una nueva dificultad para respirar o falta de aire nueva que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una fatiga nueva que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un nuevo dolor en los músculos o en el cuerpo que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un dolor de cabeza nuevo que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una nueva pérdida del sentido del gusto o del olfato que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un dolor de garganta nuevo que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una congestión nasal o escurrimiento nasal nuevo que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene náusea o vomitos nuevos que no se deban a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una diarrea nueva que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un dolor abdominal nuevo que no se deba a una enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No