**ANEXO 1** - Lista de sinais e sintomas de Covid-19 para verificação diária.

Incluir identificação?

| Responda, por favor, SIM ou NÃO para cada questão. Você apresentou ou apresenta: Febre? Calafrios? Sim NãoTosse? Sim NãoFalta de ar? Sim NãoDor de garganta? Sim NãoDores musculares? Sim Não Dor de cabeça? Sim NãoDiarreia? Sim NãoFalta de olfato ou paladar?  Sim NãoVocê teve, nos últimos sete dias, contato com alguma pessoa com sintomas de covid-19? Sim NãoVocê teve, nos últimos sete dias, contato com alguma pessoa com diagnóstico de covid-19? Sim Não |
| --- |

