**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 Não  Tosse? Sim Não  Falta de ar? Sim Não  Dor de garganta? Sim Não  Dores musculares? Sim Não   Dor de cabeça? Sim Não  Diarreia? Sim Não  Falta de olfato ou paladar?  Sim Não  Você teve, nos últimos sete dias, contato com alguma pessoa com sintomas de covid-19? Sim Não  Você teve, nos últimos sete dias, contato com alguma pessoa com diagnóstico de covid-19? Sim Não |
| --- |

