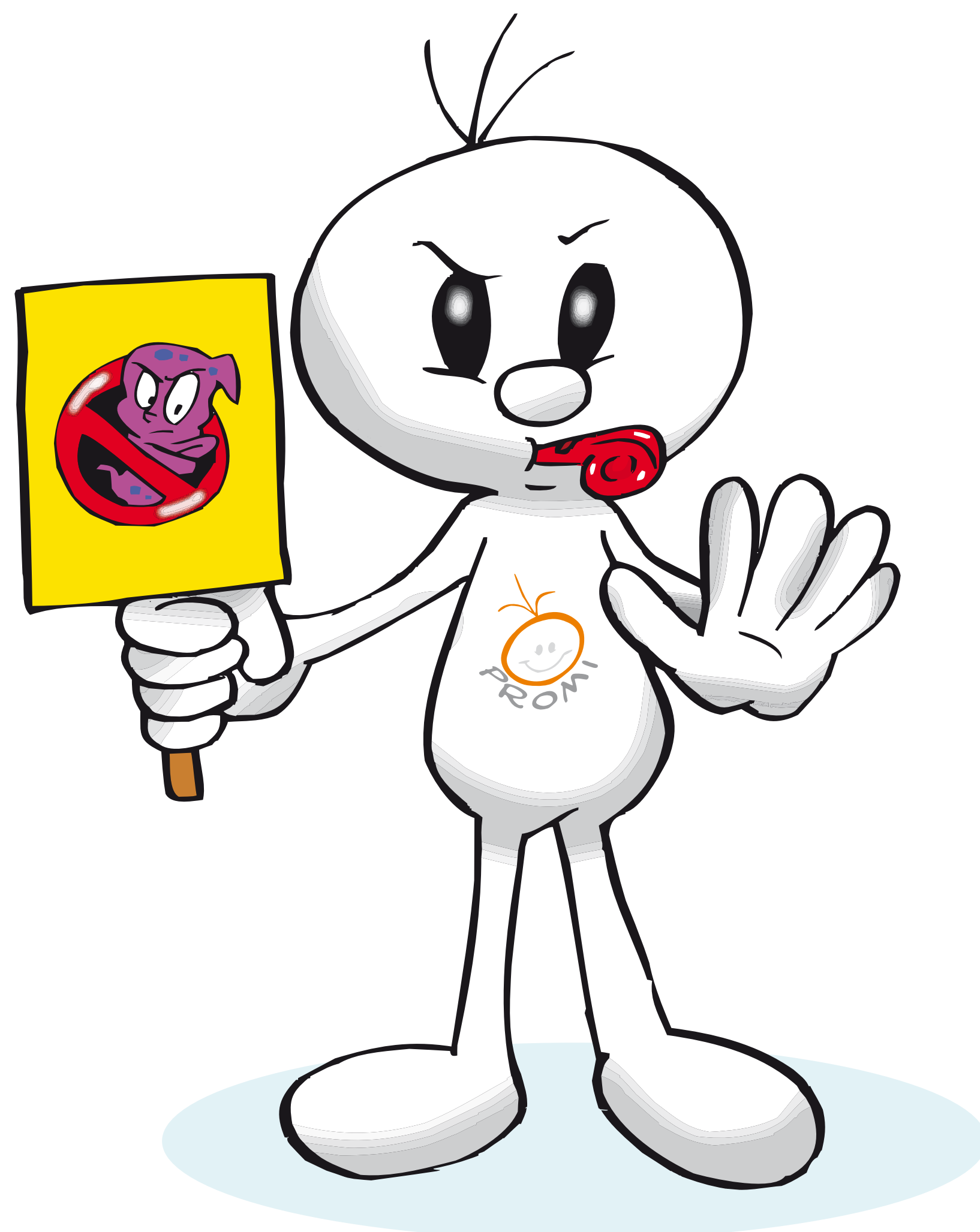


**En los últimos 7 días,  
¿ha tenido alguno de los  
siguientes síntomas?**



**SALUD**

- ✓ **Fiebre**
- ✓ **Tos**
- ✓ **Dolor de garganta**
- ✓ **Dolor de cabeza**
- ✓ **Dolor de cuerpo**
- ✓ **Dolor de articulaciones**
- ✓ **Cansancio general**
- ✓ **Escurrecimiento nasal**



**GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN**