

INFORMACIÓN SOBRE EL CORONAVIRUS  
DE LOS SERVICIOS HUMANOS DE NJ



**SOY SORDO O CON  
DIFICULTADES DE AUDICIÓN**



Estoy usando esta tarjeta para comunicarme. Voy a necesitar un intérprete certificado de lenguaje de señas o subtítulados para comunicarme.

**Síntomas:**



FIEBRE



TOS



DIFICULTAD  
PARA RESPIRAR



ESCALOFRÍO/TEMBLAR  
REPETIDAMENTE CON  
ESCALOFRÍOS



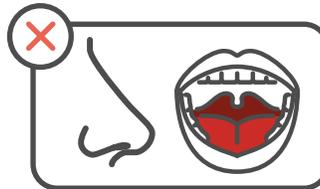
DOLOR  
MUSCULAR



DOLOR DE  
CABEZA



DOLOR DE  
GARGANTA



NUEVA PÉRDIDA DE  
SABOR U OLOR

**¿Ha estado cerca de una  
persona que tenga COVID-19?**



**¿Cuánto tiempo enfermo?  
(número de días enfermo)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10+



**DIVISIÓN DE SORDOS Y PERSONAS  
CON DEFICIENCIA AUDITIVA**

Teléfono: 1-800-792-8339

Correo electrónico: [DDHH.communications2@dhs.nj.gov](mailto:DDHH.communications2@dhs.nj.gov)