

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.

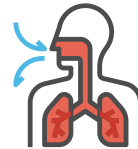
Síntomas:



FIEBRE



TOS



DIFICULTAD
PARA RESPIRAR



ESCALOFRÍO/TEMBLAR
REPETIDAMENTE CON
ESCALOFRÍOS



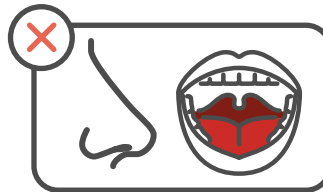
DOLOR
MUSCULAR



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