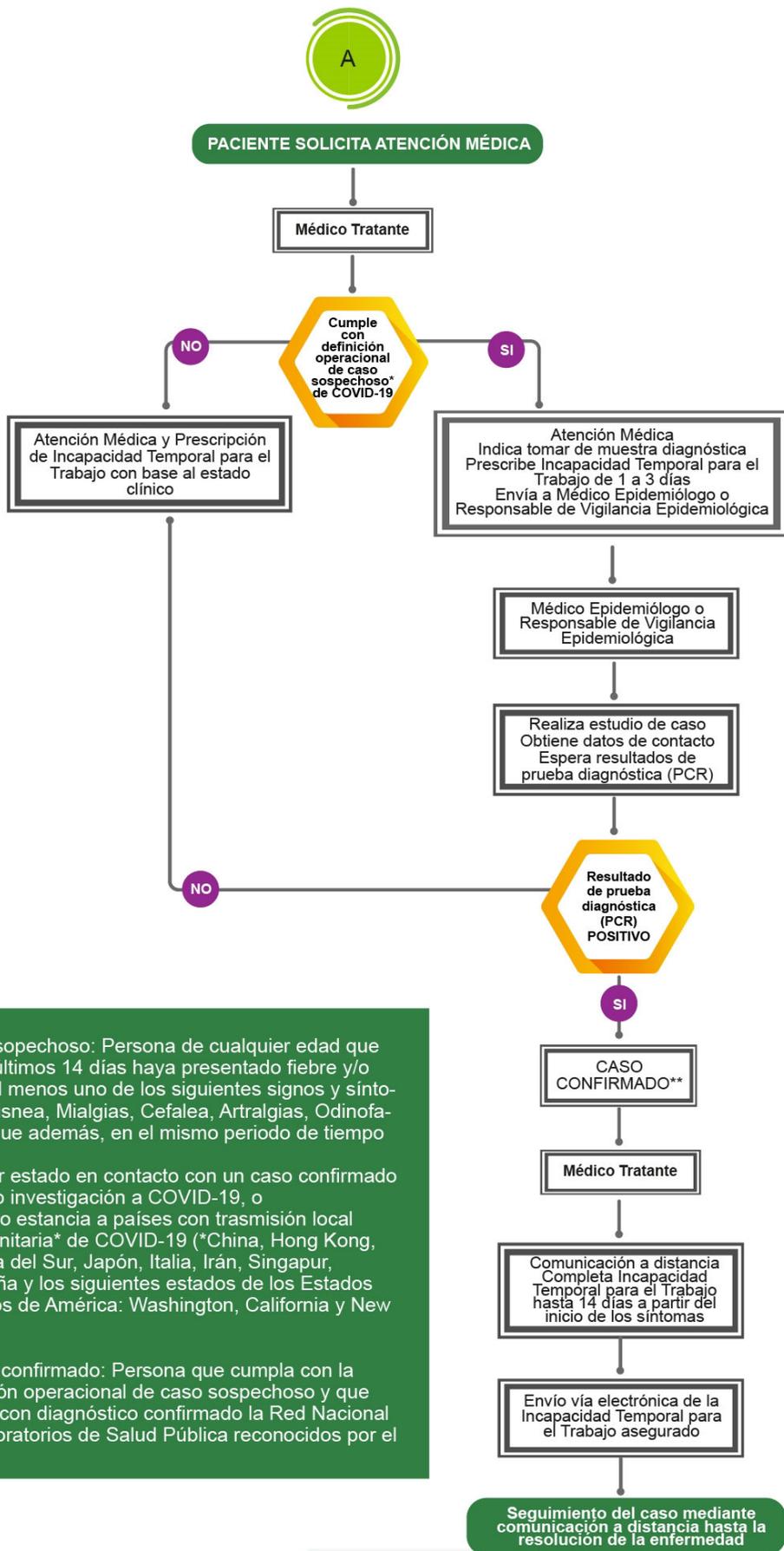


Prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo de Caso Sospechoso o Confirmado de COVID 19



*Caso sospechoso: Persona de cualquier edad que en los últimos 14 días haya presentado fiebre y/o tos, y al menos uno de los siguientes signos y síntomas: Disnea, Mialgias, Cefalea, Artralgias, Odinofagia. Y que además, en el mismo periodo de tiempo refiera:

- Haber estado en contacto con un caso confirmado o bajo investigación a COVID-19, o
- Viaje o estancia a países con transmisión local comunitaria* de COVID-19 (*China, Hong Kong, Corea del Sur, Japón, Italia, Irán, Singapur, España y los siguientes estados de los Estados Unidos de América: Washington, California y New York).

**Caso confirmado: Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el InDRE.

Prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo de Contacto COVID 19

