

Kể từ lần cuối quý vị tới một văn phòng Xổ số:

1. Quý vị đã tiếp xúc với người nhiễm COVID-19 phải không? Tiếp xúc có nghĩa là ở với người đó trong khoảng cách dưới 6 feet (2 mét) với thời gian hơn 15 phút, hoặc có tiếp xúc trực tiếp với người đó.
2. Quý vị đã có kết quả kiểm tra là dương tính với COVID-19 trong 10 ngày qua phải không?
3. Quý vị có những triệu chứng này không phải do bệnh khác gây ra phải không?
  - Sốt hoặc ớn lạnh
  - Ho
  - Hụt hơi hoặc khó thở
  - Mệt mỏi
  - Đau cơ hoặc đau nhức toàn thân
  - Đau đầu
  - Mờ mắt vị giác hoặc khứu giác
  - Đau họng
  - Sung huyết
  - Buồn nôn hoặc nôn mửa
  - Tiêu chảy

Nếu câu trả lời của quý vị là CÓ cho bất kỳ câu hỏi nào trong số này, quý vị không thể vào văn phòng. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về tình hình sức khỏe của quý vị.

Những câu hỏi này có thể thay đổi nếu chúng tôi có thêm thông tin về COVID-19.