

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Marque sí o no a las preguntas:

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Usted o alguien en su hogar ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 21 días: dolor de garganta, tos, escalofríos, dolores corporales por razones desconocidas, dificultad para respirar por razones desconocidas, pérdida del olfato, pérdida del gusto, fiebre en o más de 100 grados Fahrenheit? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usted o alguien en su hogar se ha hecho la prueba de COVID-19? Si su respuesta es Sí a esta pregunta, ¿alguien fue positivo?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Usted o alguien de su hogar ha visitado o recibido tratamiento en un hospital, hogar de ancianos, atención a largo plazo u otro centro de atención médica en los últimos 30 días?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha viajado usted o alguien de su hogar a los EE. UU. En los últimos 21 días?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha viajado usted o alguien de su hogar en un crucero en los últimos 21 días?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Es usted o alguien de su hogar un proveedor de atención médica o un respondedor de emergencia?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Usted o alguien en su hogar ha cuidado a una persona que está en cuarentena o es presuntamente positiva o ha dado positivo en la prueba de COVID-19? Si su respuesta a esta pregunta es afirmativa, ¿cuándo dieron positivo?<br>Fecha: _____  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene alguna razón para creer que usted o alguien en su hogar ha estado expuesto al COVID-19 o lo ha adquirido? Si su respuesta a esta pregunta es afirmativa Fecha: _____  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. Hasta donde usted sabe, ¿ha estado cerca de alguna persona que dio positivo en la prueba de COVID-19?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Office use only:

Patients Temperature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Employee Initials: \_\_\_\_\_