

Coronavirus/COVID-19 Revisión local para pacientes y visitantes

Nombre de paciente o visitante: _____

Fecha: _____

Temperatura: _____

1	¿Es su temperatura arriba de 100 grados Fahrenheit o 37.7 grados Celsius en los últimos 14 días?	SI	NO
2	¿Tiene tos?	SI	NO
3	¿Tiene dolor en la garganta?	SI	NO
4	¿Siente como que le falta el aliento o tiene problemas para respirar?	SI	NO
5	¿Ha viajado usted a las siguientes ubicaciones en las últimas 3 semanas: China, Europa, Irán, Italia, Japón o Corea del sur?	SI	NO
6	¿Ha viajado afuera del país en las últimas 3 semanas?	SI	NO
7	¿Ha estado usted cerca de alguien que ha viajado afuera de los estados unidos en las últimas 3 semanas?	SI	NO
8	¿Ha estado usted en contacto con alguien que estuvo o está bajo investigación para Coronavirus/COVID-19 en los últimos 14 días?	SI	NO
9	En los últimos 14 días, ¿Ha estado usted en contacto con alguien que tenga una enfermedad respiratoria o síntomas de fiebre, tos, dolor de garganta o dificultad para respirar?	SI	NO
10	En los últimos 14 días, ¿Ha estado usted en un crucero o en una ubicación donde el público ha estado en contacto cercano uno a los otros?	SI	NO

Si su respuesta es SI a alguna de las preguntas anteriores, su cita será cancelada. Por favor llame a su doctor de cabecera o vaya al centro de urgencias más cercano para que le hagan una evaluación completa. Usted necesitará hacer su siguiente cita según las recomendaciones del doctor después de 14 días con autorización y/o documentación de autorización de parte del doctor que lo/la ha tratado. Esto también aplica a todos los visitantes a nuestras oficinas.