

FORMULARIO DE SALUD

Primer Nombre _____ Apellido _____

¿Tiene tos?

Sí ___ No ___

¿Tiene fiebre ahora o la ha tenido en los últimos 14 a 21 días?

Sí ___ No ___

¿Ha estado en contacto con algún paciente que haya dado positivo de COVID-19 en los últimos 14 días?

Sí ___ No ___

¿Le falta el aire o batalla para respirar?

Sí ___ No ___

¿Tiene algún otro síntoma como de flu, tales como malestar gastrointestinal, dolor de cabeza o fatiga?

Sí ___ No ___

¿Ha experimentado pérdida del olfato o el gusto?

Sí ___ No ___

¿Tiene Usted más de 60 años?

Sí ___ No ___

¿Tiene alguna enfermedad del corazón, los pulmones, los riñones, diabetes o desórdenes auto-inmunes?

Sí ___ No ___

¿Ha viajado en los últimos 14 días a alguna región afectada por el COVID 19 (según sea relevante a su localización)?

Sí ___ No ___

Firma: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY:

Temp: _____