

Ocala Family Medical Center debe cumplir con las pautas establecidas en el Estándar Temporal de Emergencia (ETS) de OSHA. § 1910.502(d) En entornos donde se brinda atención directa al paciente, el empleador debe:

- (1) Limitar y monitorear los puntos de entrada a la facilidad.
- (2) Evaluar y clasificar a todos los clientes, pacientes, residentes, repartidores y otros visitantes que ingresan a la facilidad.
- (3) Implementar otras estrategias de manejo de pacientes aplicables de acuerdo con las recomendaciones de control y prevención de infecciones de la CDC para COVID-19.

Para mantener el cumplimiento, las políticas de detección y uso de máscaras en OFMC permanecerán vigentes hasta el momento en que el ETS expire o sea derogado.

Pacientes que se presentan en el consultorio/facilidad: Detección de COVID-19

Todas las personas (personal, otros trabajadores de la salud, familiares, visitantes, funcionarios gubernamentales, etc.)

Razón de la visita:

Visita a la oficina con: _____ y/o
Provider's Name

___ Densidad ósea, ___ CT, ___ EKG, ___ Lab, ___ MRI, ___ Nuclear, ___ Ultrasonido, ___ Radiografía,

Otro: _____

1. Tiene usted cualquiera de los siguientes síntomas: (marque cada síntoma aplicable)

- | | |
|---------------|---|
| ___ Si ___ No | Congestión o secreción nasal |
| ___ Si ___ No | Tos |
| ___ Si ___ No | Recientes dolores de cabeza (inusuales o inexplicables) |
| ___ Si ___ No | Fiebre, escalofríos o escalofríos con dolores corporales |
| ___ Si ___ No | Sudores nocturnos |
| ___ Si ___ No | Dolor de garganta |
| ___ Si ___ No | Dificultad para respirar (nuevo y reciente síntomas solamente) |
| ___ Si ___ No | Recientes dolores musculares (inusuales o inexplicables) |
| ___ Si ___ No | Síntomas gástricos (incluyendo: dolor/calambres abdominales, náusea, diarrea y vómitos) |

2. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha estado expuesto o potencialmente expuesto a alguien que haya dado positivo a un examen de COVID-19 en las últimas 2 semanas? ___ Si ___ No

Al firmar esto, verifico que todas las declaraciones son verdaderas y correctas:

* _____ Firma del Paciente	* _____ Nombre del Paciente	_____ Fecha de Nacimiento
_____ Fecha:	_____ Iniciales del Controlador	

Si alguna de las respuestas fue marcada con "SI"

Consentimiento para ver al Doctor dado por: _____ (Iniciales del Doctor o la Enfermera)