

## Pacientes Presentados a la Oficina/Facilidad: Investigación de Antecedentes para COVID-19

Todos los individuos (Empleados, otros trabajadores de salud, familia, visitantes, oficiales del gobierno, etc.).

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

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Fiebre, escalofríos o escalofríos con dolores corporales                                |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Congestión o secreción nasal  |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Dolor de garganta   |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tos   |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Dificultad para respirar (nuevo y reciente síntomas solamente)                          |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Reciente pérdida del sentido del gusto y/o del olfato                                   |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Recientes dolores musculares (inusuales o inexplicables)                                |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Recientes dolores de cabeza (inusuales o inexplicables)                                 |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Síntomas gástricos (incluyendo: dolor/calambres abdominales, náusea, diarrea y vómitos) |

2. En las últimas dos semanas, usted o algún miembro de su hogar ha sido expuesto a alguien que haya salido positivo en un examen de COVID-19?  Si  No

**Tengo el conocimiento que dando contestaciones o información que sean falsas con respecto a una posible exposición y/o posible exposición, cuarentena obligatoria y/o auto cuarentena es una ofensa criminal y es reportable a las autoridades y/o agencias gubernamentales que monitorean la epidemia del COVID-19**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Temperatura obtenida

\_\_\_\_\_  
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)