



Para garantizar la seguridad de nuestros pacientes y personal, todos los pacientes y familiares que ingresen a este centro deben completar el siguiente cuestionario antes de cada visita.

Coloque una "X" en el cuadro correspondiente a continuación. Cada pregunta DEBE ser respondida.

| SI | NO | COVID-19 Cuestionario de preselección |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o alguien con quien haya estado en contacto cercano ha viajado al extranjero o ha estado en un crucero en los últimos 14 días? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha viajado recientemente a un área con propagación local conocida de COVID-19? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le han diagnosticado o está esperando pruebas relacionadas con un diagnóstico de sospecha de coronavirus (COVID-19)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha estado en contacto con alguien con un caso confirmado o sospechoso de coronavirus (COVID-19) en los últimos 14 días? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene fiebre (más de 100 grados F o mas de 38 grados Celsius) o síntomas de enfermedades respiratorias como tos, dolor de garganta, dificultad para respirar o falta de aliento? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Han experimentado recientemente pérdida de sabor u olfato? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted un profesional de premeros auxilios, trabajador de la salud, empleado o asistente de un centro medico? |

¿Reconoce que ha respondido todas las preguntas con sinceridad?

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha

Temperatura en la cita: _____ (Para ser completado por el personal de la oficina)