

Nombre de Paciente: _____

Temperatura: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Si	No	
		¿Ha sufrido Ud o alguien en su casa de cualquier de los síntomas siguientes por los últimos 21 días: dolor de garganta, tos, escalofríos, dolor del cuerpo, falta del aire, dificultad de respiración, pérdida del olfato, pérdida de gusto, o fiebre más de 100 grados?
		¿Ha tenido Ud o alguien en su casa una prueba de COVID-19?
		¿Ha Ud o alguien en su casa visitado o recibido tratamiento en un hospital, residencia geriátrica, centro de cuidado a largo plazo, o otra instalación de asistencia médica en los últimos 30 días?
		¿Ha Ud o alguien en su casa viajado dentro los Estados Unidos en los últimos 21 días?
		¿Ha Ud o alguien en su casa viajado por crucero en los últimos 21 días?
		¿Ha Ud o alguien en su casa cuidado al otra persona que está en cuarentena o que es presunto de tener COVID-10 o que ha resultado positivo por COVID-19?
		¿Hay cualquier indicación de que Ud o alguien en su casa ha sido expuesto a o adquirido COVID-19?
		¿Ha sido en proximidad cercana a alguien que estuvo positivo por COVID-19?
		Tengo una mascarilla
		Necesito una mascarilla (\$5)

Firma: _____

Fecha de Hoy: _____