

Nombre Completo del Paciente: \_\_\_\_\_

## Cuestionario COVID-19

**Instrucciones:** Revises las siguientes preguntas. Si usted responde sí a cualquiera de estas preguntas, reprogramaremos su cita para una fecha futura.

¿Ha tenido usted contacto con cualquier persona que fue confirmada positiva para COVID-19 en los últimos 14 días?	S   N
---	-------

¿Está esperando los resultados de la prueba de COVID-19?	S   N
--	-------

¿En los últimos 14 días ha tenido síntomas incluyendo?	
Fiebre sobre 100.0°F (37.7°C) o escalofríos	S   N
Dificultad para respirar	S   N
Tos	S   N
Congestión o secreción nasal	S   N
Dolor de Cabeza	S   N
Fatiga	S   N
Nausea o vómito	S   N
Diarrea	S   N
Nueva pérdida de gusto u olfato	S   N
Dolor de garganta	S   N
Dolores de músculo o cuerpo cortado	S   N

¿Tiene alergia al látex el paciente?	S   N
--------------------------------------	-------

**NOTA PARA PROVEEDOR:** Mida la temperatura e todos entrando al consultorio. No es necesario hacer registro de temperaturas.