Nombre del paciente: Relacion al paciente:

Fecha de nacimiento: Firma :

ATLANTA
PEDIATRIC PARTNERS

Cuestionario de detección de COVID-19

¡Nuestras familias, personal y comunidad significan mucho para nosotros y su seguridad es nuestra principal prioridad!Durante la pandemia de COVID-19, hemos instituido un proceso de evaluación. Complete este cuestionario antes de ingresar a nuestra oficina.

Sus respuestas se mantendrán confidenciales y serán revisadas por un médico clínico que brindará orientación sobre cualquier ajuste en la cita programada del paciente.

1.¿Ha tenido usted o alguien en su hogar alguno de los siguientes síntomas en los últimos 2 días?
(En caso afirmativo, marque todas las casillas que correspondan)

- Tos
- Fiebre igual o superior a 100 grados Fahrenheit
- Escalofríos
- Falta de aire/dificultad para respirar
- Dolores musculares o corporals
- dolor de garganta
- Nueva pérdida del gusto o del olfato
- Diarrea
- Dolor de cabeza
- Náuseas o vómitos
- Nueva fatiga

Congestión o secreción nasal

2.¿Usted o alguien en su hogar ha dado POSITIVO en la prueba de COVID-19?

SI NO Y SI, CUANDO?

3.¿Usted o alguien en su hogar ha cuidado a una persona que está en cuarentena o es presuntamente positiva o ha dado POSITIVO en la prueba de COVID-19 en los últimos 21 días?

SI NO Y SI, CUANDO?

4.Hasta donde usted sabe, ¿ha estado en CONTACTO FÍSICO CERCANO con alguna persona que haya dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 21 días?

SI NO

Para uso interno de oficina: 1st clearer: _____