

# ASESORÍA PARA PACIENTES Y RECONOCIMIENTO

Con el fin de reducir el riesgo de propagación de la COVID-19, le pedimos que responda varias preguntas de "prueba de detección" a continuación. Por la seguridad de nuestro personal, otros pacientes y usted mismo, proporcione información verídica y sincera en sus respuestas.

**Todos los pacientes deben completar este formulario marcando "Sí" o "No" para indicar su respuesta a cada pregunta.**

1. Dentro de los últimos catorce (14) días, ¿usted o cualquier persona(s) de su grupo familiar ha experimentado alguno de los siguientes síntomas que corresponden a la COVID-19: ¿fiebre o escalofríos, tos, falta de aliento o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida reciente del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómito, diarrea?  Sí  No

2. En los últimos catorce (14) días, ¿usted o alguna persona de su grupo familiar ha tenido contacto cercano con una persona confirmada como positiva para la COVID-19 o con alguien que tenga algún síntoma que corresponda a la COVID-19?  Sí  No

3. ¿Está completamente vacunado O se ha recuperado de una infección por la COVID-19 documentada los últimos 3 meses?  Sí  No

*Para ser considerado completamente vacunado, deben haber pasado 2 semanas o más después de recibir la segunda dosis en una serie de 2 dosis o más de 2 semanas después de recibir una dosis de una vacuna de dosis única.*

4. ¿Usted o alguna persona de su grupo familiar dio positivo para la COVID-19 actualmente espera los resultados de la prueba de la COVID-19?  Sí\*  No

**\*Si su respuesta es afirmativa, indique:**

Fecha(s) y resultado(s) de alguna prueba \_\_\_\_\_  
Fecha de la aparición del/de los síntoma(s) \_\_\_\_\_  
Última fecha en la que tuvo fiebre por encima de 100.0 \_\_\_\_\_  
Última fecha en la que tomó medicamentos para controlar la fiebre \_\_\_\_\_

5. ¿Se le ha pedido a usted o a alguna persona de su \_\_\_\_\_  Sí\*\*  No

**\*\*Si su respuesta es afirmativa, indique la(s) fecha(s) \_\_\_\_\_**

Nombre del paciente en letra de imprenta

Nombre de la parte responsable (si corresponde)

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Temperatura del paciente
_____°F o °C