



Examen de salud COVID-19

Por favor complete el formulario en inglés

Nombre _____

fecha: _____

1. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días? **SI** ____ **NO** ____

En caso afirmativo, marque con un círculo los síntomas.

A. Tos persistente

B. Dificultad para respirar o respiración dificultosa

C. Fiebre

D. Escalofríos. Dolor de cuerpo

E. Dolor de garganta

F. Nueva pérdida del gusto u olfato

G. Náuseas, vómitos o diarrea

H. Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores: ¿Ha hablado de estos síntomas con su médico? **SI** ____ **NO** ____

Comentario: _____

2. En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto cercano con una persona que haya tenido alguna de los síntomas anteriores? **SI** ____ **NO** ____

Comentario: _____

3. ¿Ha viajado fuera de WA o los EE. UU. En los últimos 14 días?

SI ____ **NO** ____

Comentario: _____

4. ¿Ha estado en contacto cercano con una persona que haya viajado fuera de WA o el Estados Unidos en los últimos 14 días? **SI** ____ **NO** ____

Comentario: _____

5. ¿Ha estado expuesto a alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días? Si la respuesta es "sí", desde la exposición, ¿le han hecho pruebas de COVID-19?

SI ____ **NO** ____

Comentario: _____

6. ¿Le han diagnosticado COVID-19? Si la respuesta es "sí", ¿ha sido absuelto desde dando positivo?

SI ____ **NO** ____

Comentario: _____

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, trabajaremos con usted para hacer adaptaciones para la terapia lo mejor que podamos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Christine Nelson al 360-201-3592. Gracias por ayudándonos en nuestros esfuerzos para minimizar la exposición al COVID-19.

La temperatura: _____