

**** CUESTIONARIO PREVIO PARA EL PACIENTE ****

Debido a la actual pandemia de COVID-2019, todos los cuidadores / pacientes deben completar este formulario antes de ser atendidos en Azle Smiles. Su visita está sujeta a aprobación al completar este formulario. Con vigencia inmediata, solo 1 adulto debe acompañar las visitas de nuestros pacientes (a excepción de las visitas de recién nacidos), los niños que no están siendo vistos como pacientes también están restringidos. Estas reglas se están aplicando para mantener a nuestros pacientes y al personal, así como al resto de sus seres queridos seguros y saludables.

	SI	NO
¿El paciente, el cuidador o alguien en su hogar ha viajado fuera de los EE. UU. En las últimas 2 semanas (14 días) SI ES SÍ, DÓNDE _____?		
En las últimas 2 semanas (14 días), ¿el paciente, el cuidador o alguien en su hogar ha tenido contacto con alguna persona sospechosa de haber contraído coronavirus (COVID-19)? Incluyendo ser probado para COVID-19 y estar en aislamiento para COVID-19.		
En las últimas 2 semanas (14 días), ¿el paciente, el cuidador o alguien en su hogar ha tenido contacto con alguna persona que haya confirmado haber contraído coronavirus (COVID-19)?		
¿Ha estado el paciente o cuidador expuesto a alguien con síntomas similares a los de la gripe (tos, falta de aire o fiebre)		
POR FAVOR SELECCIONE SÍ O NO ACTUALMENTE LOS SÍNTOMAS ESTÁN EXPERIMENTADOS POR EL CUIDADOR, PACIENTE O AMBOS (EN LAS ÚLTIMAS 72 HORAS HA EXPERIMENTADO EL PACIENTE O EL CUIDADOR)		
FIEBRE		
TOS/ DOLOR DE GARGANTA		
DIFICULTAD PARA RESPIRAR, BREVEDAD DE LA RESPIRACIÓN O SILBIDOS		
VOMITOS O DIARREA		
FATIGA O NO SENTIRSE BIEN		

Paciente / cuidador: _____ Fecha: _____

Temp. Del cuidador: _____ Temp. Del paciente: _____