

Temperatura: _____

Evaluación del Paciente

Nombre: _____

Fecha: _____

Si responde Sí a cualquiera de las primeras 9 preguntas, deberá reprogramar su cita.

1	Usted tiene fiebre o ha tenido fiebre en los últimos 14 a 21 días.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	¿Tiene algún otro síntoma por ejemplo malestar estomacal, dolor de cabeza o cansancio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	¿Reciente mente ha perdido el sentido dl gusto o del olfato?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	¿HA estado recientemente en contacto con algún paciente positiva a COVID-19? <i>(Aquellos pacientes que se sientan bien, pero tengan algún familiar en casa enfermo de COVID 19 deberán considerar reagendar su cita)</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	¿Tiene toz?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	¿Tiene dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	¿Has experimentado algún dolor muscular inexplicable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8	¿Tiene dolor de garganta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	¿Tiene goteo nasal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si la respuesta a las preguntas 10-12 es **SI**, usted es un paciente con mayor riesgo, si usted lo desea lo podemos ver de igual manera. Si tiene cualquier pregunta no dude en preguntarnos o contactarnos al 303-695 0990.

10	¿Usted es mayor de 60 años?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
11	¿Tiene algún problema en el Corazón, pulmones, riñones, es diabético o inmunosuprimido?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
12	¿Ha viajado en los últimos días a alguna región afectada por COVID-19?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Firma _____

Fecha _____