



NOMBRE: _____

PRE-APPT

IN-OFFICE

TEMP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

	Date:	Date:
¿HA TENIDO RECIENTEMENTE FIEBRE Y / O FRÍOS EN LA ÚLTIMA SEMANA?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿HA EXPERIMENTADO LA CORTA DURACIÓN DE LA RESPIRACIÓN U OTRAS DIFICULTADES DE RESPIRACIÓN?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿TIENES TOS?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿CUALQUIER OTRO SÍNTOMA SIMILAR A LA GRIPE, COMO EL CONJUNTO GASTROINTESTINAL, EL DOLOR DE CABEZA O LA FATIGA?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO
¿HA EXPERIMENTADO LA PÉRDIDA DE SABOR O OLOR?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO
¿ESTÁ EN CONTACTO CON PACIENTES POSITIVOS CONFIRMADOS DE COVID-19? (LOS PACIENTES QUE ESTÁN BIEN PERO QUE TIENEN UN MIEMBRO DE UNA FAMILIA ENFERMO EN CASA CON COVID-19 DEBERÍAN POSPONER EL TRATAMIENTO ELECTIVO)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO
¿HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUIEN QUE HA ESTADO FUERA DE LA CIUDAD EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO
¿HA VIAJADO FUERA DE LA CIUDAD EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO
¿HA CONTACTADO CON ALGUIEN QUE HA VIAJADO INTERNACIONALMENTE EN EL MES PASADO?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO
HA SIDO PROBADO PARA COVID-19 O ANTICUERPO?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NO
¿SI SÍ, CUÁNDO? ¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS?		



PATIENT NAME: _____

PRE-APPT

IN-OFFICE

TEMP: _____

DOB: _____

	Date:	Date:
HAVE YOU RECENTLY HAD FEVER AND/OR CHILLS WITHIN THE LAST WEEK?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
HAVE YOU EXPERIENCED SHORTNESS OF BREATH OR OTHER DIFFICULTIES BREATHING?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
DO YOU HAVE A COUGH?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
ANY OTHER FLU-LIKE SYMPTOMS, SUCH AS GASTROINTESTINAL UPSET, HEADACHE OR FATIGUE?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
HAVE YOU EXPERIENCED LOSS OF TASTE OR SMELL?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
ARE YOU IN CONTACT WITH CONFIRMED COVID-19 POSITIVE PATIENTS? (PATIENTS WHO ARE WELL BUT WHO HAVE A SICK FAMILY MEMBER AT HOME WITH COVID-19 SHOULD POSTPONE ELECTIVE TREATMENT)	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
HAVE YOU BEEN IN CONTACT WITH ANYONE WHO HAS BEEN OUT OF TOWN IN THE LAST 14 DAYS?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
HAVE YOU TRAVELED OUT OF TOWN IN THE LAST 14 DAYS?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
HAVE YOU COME IN CONTACT WITH SOMEONE WHO HAS TRAVELED INTERNATIONALLY IN THE PAST MONTH?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
HAVE YOU BEEN TESTED FOR COVID-19 OR ANTIBODY?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
IF YES, WHEN? WHAT WERE THE RESULTS?		