

Cuestionario de detección preliminar de COVID-19 para el paciente
Para su uso en los centros ambulatorios de MedStar Health

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **FECHA NAC.** _____ **TELÉFONO** _____

1. En los últimos 10 días: ¿ha presentado alguno de los siguientes síntomas?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/sensación de fiebre | <input type="checkbox"/> NO, no tengo ninguno de esos síntomas. |
| <input type="checkbox"/> Tos reciente o que empeora o dificultad para respirar | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida repentina del gusto o del olfato | |
| <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos | |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | |
| <input type="checkbox"/> Dolores en el cuerpo | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | |
| <input type="checkbox"/> Congestión o goteo nasal | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | |

Recordatorio: Las personas que trabajan para MedStar Health y presenten síntomas de COVID-19 deben llamar al 1-844-354-3705 para notificar a Salud Ocupacional.

2. ¿Ha dado positivo, o le han diagnosticado, o ha estado esperando resultados de pruebas de COVID-19 durante los últimos 10 días?

- Ha dado positivo.
- Le diagnosticaron COVID-19
- A la espera de los resultados de una prueba de COVID-19
- No

3. ¿Ha estado hospitalizado(a) por COVID-19 durante los últimos 20 días?

- Sí
- No

4. ¿Vive o ha mantenido contacto cercano con alguien que haya dado positivo, haya sido diagnosticado con, o tenga resultados pendientes de COVID-19 en los últimos 14 días?

- Sí. Alguien con quien vivo tiene/podría tener COVID-19.
- Sí. Alguien con quien mantuve estrecho contacto tiene/podría tener COVID-19.
- No

GRACIAS.

Entregue este formulario al personal de recepción.