



Primer Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Telefono _____

Dirección _____ Correo electrónico _____

Motivo de la visita _____

Preguntas de detección: Círculo uno

1 ¿Usted o alguien cercano a usted ha estado en contacto con alguna persona diagnosticada o se sospecha que tiene Corona Virus COVID-19? **Si o No**

2 ¿Has tenido tos, falta de aire o fiebre? **Si o No**

3 ¿Has estado en contacto con alguna persona que haya estado experimentando tos, dificultad para respirar o fiebre? **Si o No**

4 ¿Has viajado recientemente fuera de los Estados Unidos? **Si o No**

Fecha de la visita _____ Lugar que visitaste _____



First Name _____ Last Name _____

Date of Birth _____ Phone Number _____

Address _____

Email _____

Reason for Visit _____

SCREENING QUESTIONS:

- | | Circle One |
|---|-------------------|
| 1. Have you or someone close to you been in contact with any person diagnosed with, or suspected of having Corona Virus COVID-19? | Yes or No |
| 2. Have you been experiencing cough, shortness of breath or fever? | Yes or No |
| 3. Have you been in contact with any person that has been experiencing cough, shortness of breath or fever? | Yes or No |
| 4. Have you recently travelled outside of the United States? | Yes or No |

Date of Visit

Location of Visit