

Examen de Primer Punto de Contacto

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Por favor escriba el nombre legal completo

Asumimos el compromiso de proporcionar el ambiente más seguro para nuestros pacientes y juntos podemos evitar la propagación de los gérmenes.

Complete el cuestionario a continuación. Si responde «Sí» a cualquiera de las preguntas, por favor sea considerado con otros y actúe de manera apropiada, ya sea cubriéndose la boca cuando tosa, lavándose las manos o cubriendo cualquier herida abierta.

Para la protección de nuestros pacientes, proporcionamos y alentamos el uso de pañuelos descartables, máscaras, desinfectante de manos y bandas adhesivas.

1. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas? SÍ NO
En caso afirmativo, por favor marque con un círculo los síntomas que tiene ahora o que ha tenido durante los últimos siete días:

- **Fiebre**
- **Sudores nocturnos**
- **Estornudos o goteo nasal**
- **Tos**
- dolor de cabeza grave
- cuello rígido
- dolor muscular o de las articulaciones (marque uno o ambos)
- sarpullidos nuevos o llagas abiertas en la piel o dentro de la boca
- enrojecimiento, hinchazón o secreción ocular (conjuntivitis)
- sangrado inexplicable
- vómitos o diarrea

2. En las últimas tres semanas, ¿ha viajado fuera de los Estados Unidos? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor indique adónde: _____

3. En las últimas dos semanas, ¿ha estado en contacto cercano con alguien que haya viajado fuera de los Estados Unidos? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor indique adónde: _____

Gracias por su ayuda y su apoyo en el cuidado de nuestros pacientes y nuestra comunidad.

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA OFICINA

Revisado por: _____

Medida tomada:

- No se tomaron medidas
- Aislar
- Se proporcionó protocolo para la tos y el lavado de manos
- Se proporcionó máscara
- Se notificará PM/ Investigaciones clínicas

¡Gracias por confiar en nosotros para su atención médica!