Elite Cardiovascular Group
Dr. Nalluri & Dr. Asti

Cuestionario de detección activa COVID-19

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Registro Medico #: _____

1. En los últimos 14 días, ha tenido alguna **tos** que no pueda atribuir a otra condición de salud?
   ◯ Si ◯ No

2. En los últimos 14 días, ha experimentado alguna **dificultad para respirar** que no pueda atribuir a otra condición de salud? ◯ Si ◯ No

3. En los últimos 14 días, ha experimentado algún **dolor de garganta** que no pueda atribuir a otra condición de salud? ◯ Si ◯ No

4. En los últimos 14 días, ha experimentado algún **dolor muscular** que no pueda atribuir a otra condición de salud? ◯ Si ◯ No

5. En los últimos 14 días, ha tenido una temperatura igual o **superior a 100,4 oF** o la sensación de tener fiebre?
   ◯ Si ◯ No

6. En los últimos 14 días, ha tenido **contacto cercano**, sin el uso del PPE apropiado, con alguien que actualmente está enfermo con COVID-19 sospechado o confirmado? *(Nota: el contacto cercano se define como dentro de 6 pies durante más de 10 minutos consecutivos)*
   ◯ Sí ◯ No

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE USAR SU MÁSCARA ADECUADAMENTE A TODO MOMENTO

X _____ _____

Firma del paciente / tutor Fecha