

Para proteger a todos, incluidos nuestros pacientes y el personal, les pedimos a todos los visitantes que completen el siguiente cuestionario

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- 1) ¿Ha viajado en los últimos 14 días a uno de los países o regiones afectados enumerados a continuación?  
SI / NO

A partir de marzo de 2020, estos países son:

- China
- Iran
- Corea del Sur
- Europa: Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Portugal, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia , Suiza, Mónaco, San Marino, Ciudad del Vaticano,

Reino Unido e Irlanda: Inglaterra, Escocia, Gales, Irlanda del Norte, República de Irlanda

SI / NO

- 2) Ha viajado en los últimos 14 días a condados o estados vecinos que tienen altas concentraciones de casos confirmados conocidos del nuevo coronavirus (COVID-19), incluidos los condados del área de la Bahía de San Francisco, el estado de Washington o Nueva York?  
SÍ / NO

- 3) ¿Ha estado en los últimos 14 días en contacto con una nueva persona infectada con coronavirus (COVID-19)?  
S I / NO

- 4) Te has sentido mal en los últimos 14 días o has tenido alguno de los siguientes síntomas?  
SI / NO

- Fiebre mayor de 100 grados.-Falta de aliento
- Tos
- Síntomas digestivos como diarrea o vómitos.

- 5) ¿Tiene más de 65 años o tiene una enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardíaca, diabetes o está tomando un medicamento inmunosupresor?

SÍ / NO

(En caso afirmativo, tiene un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave por COVID-19 y debe considerar tomar precauciones adicionales para reducir el riesgo de enfermarse con la enfermedad, incluyendo posiblemente retrasar su atención de fisioterapia si corresponde)

Firma X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_