

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1) ¿Ha viajado fuera del estado o país en los últimos 14 días? SI/NO

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

3) Te has sentido mal en los últimos 14 días o has tenido alguno de los siguientes síntomas?

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

SI / NO

4) ¿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 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_