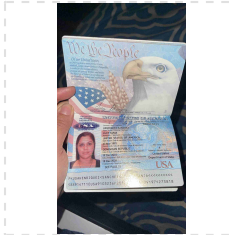




ESP FORMULARIO COVID-19

Pacientes ya reservados a actualizar su registro con la información de COVID-19.

Por favor adjunte la foto de su Pasaporte.



44D3D497-4E3B-4C5A-927D-544826A3C0CD.jpeg

Nombre *

Lucy

First

Henriquez

Last

Correo Electronico *

Lhenriquez2328@gmail.com

Celular *

9294397828

Rango de Edad *

25-34

¿Has tenido COVID-19? *

Yes

FECHA DE TOMA DE MUESTRA *

09/03/2021

MM/dd/yyyy

¿Desde cuándo la prueba ha sido negativa? *

09/10/2021

¿Alguien a su alrededor ha sido positivo para COVID-19? (Amigos o familiares en contacto directo) *

No

¿Has tenido síntomas de algún tipo de respiración? (Tos, dolor en el pecho y/o dificultad para respirar). *

No

¿Has tenido diarrea o molestias digestivas en los últimos 14 días? *

No

¿Ha tenido una sensación de cansancio o incomodidad en el último mes? *

No

¿Has perdido el sentido del gusto o el olfato? *

No

¿Ha tenido alguna lesión en la piel que no haya tenido antes, especialmente en los dedos? *

No

¿Tienes alguna condición? (Como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma) *

No

¿Fumas? (¿O solía fumar?) Hooka, cigarrillos, marihuana, otros. *

No

¿Trabaja o ha trabajado en el sector sanitario, policial o esencial durante la pandemia? *

No

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades / afecciones? *

Ninguna

Diabetes mellitus

Hipertensión

Cáncer

¿Ha sido vacunado contra COVID-19? *

No

☒ Sirva la información suministrada para conocimiento y evaluación previa a cirugía por su cirujano. *

☒ Certifico que no oculto ninguna información sobre mi salud o durante las evaluaciones de neumología, cardiología y anestesia antes de la cirugía. *