



Formulario de Evaluación de COVID-19

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días? (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Fiebre o escalofríos
- ☐ Tos
- ☐ Dificultad para respirar o falta de aliento
- ☐ Fatiga
- ☐ Dolores musculares o corporales
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Pérdida reciente del gusto o del olfato
- ☐ Congestión nasal o secreción nasal
- ☐ Náuseas o vómitos
- ☐ Diarrea

2. ¿Ha dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 14 días?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro/a

3. ¿Ha viajado internacional o nacionalmente en los últimos 14 días?

- ☐ Sí
- ☐ No

4. ¿Ha tenido contacto cercano con un caso confirmado o sospechoso de COVID-19?

- ☐ Sí
- ☐ No

5. ¿Se encuentra actualmente en cuarentena o le han recomendado aislamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

6. ¿Está esperando los resultados de la prueba de COVID-19?

- ☐ Sí

- ☐ No

7. Comentarios Adicionales:

Confirmando que la información proporcionada anteriormente es precisa según mi leal saber y entender.

Firma del Paciente/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo (si es necesario): _____

Fecha: _____

COVID-19 Screening Form

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Email: _____

Please answer the following questions:

1. Have you experienced any of the following symptoms in the past 14 days? (Check all that apply)

- ☐ Fever or chills
- ☐ Cough
- ☐ Shortness of breath or difficulty breathing
- ☐ Fatigue
- ☐ Muscle or body aches
- ☐ Headache
- ☐ Sore throat
- ☐ New loss of taste or smell
- ☐ Congestion or runny nose
- ☐ Nausea or vomiting
- ☐ Diarrhea

2. Have you tested positive for COVID-19 in the last 14 days?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Not Sure

3. Have you traveled internationally or domestically in the last 14 days?

- ☐ Yes
- ☐ No

4. Have you had close contact with a confirmed or suspected COVID-19 case?

- ☐ Yes
- ☐ No

5. Are you currently under quarantine or advised to self-isolate?

- ☐ Yes

- ☐ No

6. Are you awaiting COVID-19 test results?

- ☐ Yes

- ☐ No

7. Additional Comments:

I confirm that the information provided above is accurate to the best of my knowledge.

Patient/Guardian Signature: _____

Date: _____

Witness Signature (if required): _____

Date: _____