

## Cuestionario de detección COVID19

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

Marque la casilla junto a cualquier síntoma que haya experimentado en los últimos 7 días.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal     | <input type="checkbox"/> Tos   |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                          | <input type="checkbox"/> Fatiga                                      |
| <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos             | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                             |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares o corporales  | <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos                           |
| <input type="checkbox"/> Nueva pérdida del gusto u olfato | <input type="checkbox"/> Falta de aliento o dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta                | <input type="checkbox"/> Sin síntomas                                |

Fecha en que comenzaron los síntomas: \_\_\_\_\_

¿Ha estado a menos de 6 pies de una persona con un caso de COVID-19 confirmado por laboratorio durante al menos 5 minutos, o ha tenido contacto directo con su moco o saliva en los últimos 14 días?

- SI    No    POSIBLEMENTE

Fecha del último contacto conocido / posible: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo la divulgación de la información médica contenida en este informe.

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

For Office Use Only

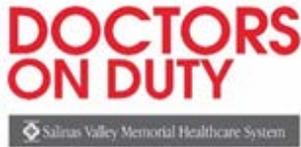
Rapid COVID-19 Test Results:

- Positive    Negative

Send Out PCR

Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Oficial de Privacidad, 100 Wilson Rd, Ste 100, Monterey, CA 93940      Tel: (831) 649-1000

Por este medio reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de esta práctica clínica. Además, reconozco que una copia del aviso actual se puede encontrar en el área de recepción y que se me ofrecerá una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad modificada en cada cita.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Si no firmó el paciente, indique su relación con el paciente:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Guardián o tutor de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

.....  
Identifico a las siguientes personas como involucradas en el cuidado de mi salud y / o el pago de mi cuidado de salud. Autorizo a mi médico, o sus representantes, discutir mi cuidado de salud y / o mi información financiera con las siguientes personas.

Nombre	Relación	Telefono

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