

Encuesta para detectar el riesgo de haber estado en un ambiente o contacto que pudiera resultar en infección Covid-19

NO complete este formulario si yan han pasado más de 24 horas antes de la consulta. Si es así, se le pedirá que lo llene de nuevo más cerca de su cita.

SI NO ¿Ha estado expuesto a alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días?

SI NO ¿Ha estado alguien de su familia enfermo con fiebre, tos o dificultad para respirar en los últimos 14 días?

SI NO ¿Sufre Usted con una fiebre de 100.4° o más, con dificultad para respirar/falta de aliento, tos nueva, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares, escalofríos o pérdida de olor o sabor?

Si usted respondió SI a cualquiera de estas preguntas, no podremos verlo(a) en este momento. Favor llame a nuestra oficina para reprogramar su cita. Si usted tiene un asunto urgente, usted debe hacerse una prueba en un hospital que sea capaz de manejar pacientes de mayor riesgo. Gracias por su cooperación.

Entiendo que:

1. Se me pedirá que use una máscara o una cubierta facial durante todo mi tiempo en Weinstein Imaging Associates.
2. Favor tener en cuenta que normalmente nadie deberá de acompañarla durante su visita a nuestros consultorios. Solo se puede hacer excepción al tratarse de pacientes obstétricos, ellos que sean menores de edad, o en el caso de aquellos pacientes que no hablen Inglés.
3. Para promover el distanciamiento social, Weinstein Imaging Associates encarecidamente sugiere que a su llegada favor se comunique con la oficina a través del teléfono celular (desde el estacionamiento, o afuera de nuestras oficinas) para que le podamos informar cuando es su turno para ingresar a la oficina.

Firma

Fecha de nacimiento

Firma impreso

Fecha de hoy