

# Bolanos Associates

## Enfermedad del Coronavirus 2019 Cuestionario

**Esta información es altamente confidencial y se gestionará de forma segura**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se le pedirá que complete este formulario en cada visita o que confirme verbalmente que no ha habido cambios en sus respuestas desde la finalización del formulario inicial.

Por favor, c diabllos los **Sí** o **No hay** cajas; no marque ambas casillas. Siéntase libre de explicar lo que significa una respuesta de sí o no en la sección de comentarios debajo de la pregunta.

1. ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 30 días? Si  No

2. En caso afirmativo, enumere a continuación los países que ha visitado.

Comentario: \_\_\_\_\_

3. ¿Has estado en contacto cercano con una persona que ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 30 días? Si  No

En caso afirmativo, indique a continuación los países que ha visitado.

Comentario: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha estado en contacto cercano, en los últimos 30 días, con una persona que tiene tenido alguno de estos síntomas? Si  No

Fiebre superior a 10 0,4 °

Tos persistente

Falta de aliento

En caso afirmativo, ¿han sido diagnosticados y / o han visto al médico? Si  No

Comentario: \_\_\_\_\_

5. ¿Has tenido alguno de estos síntomas? Si  No

Fiebre superior a 10 0,4 °

Tos persistente

Falta de brea °

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿le han diagnosticado o visto al médico? Si  No

Comentario: \_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, trabajaremos con usted para hacer adaptaciones para la terapia lo mejor que podamos.

Comuníquese con Jeanette Roca al 786-259-0300 Ext 101 si tiene preguntas. Gracias por ayudarnos en nuestros esfuerzos para minimizar la exposición al Coronavirus 2019.