**Cuestionario de Detección de Pacientes COVID-19**

**CIRCULE:**

**SI NO** ¿Usted o algún contacto doméstico / diario ha dado positivo en COVID-19?

**SI NO** ¿Usted o algún contacto doméstico / diario ha sido evaluado con COVID-19 y está esperando resultados?

**SI NO** ¿Usted o su hijo tienen alguno de los siguientes síntomas respiratorios? ¿Fiebre, tos o falta de aliento?

**SI NO** ¿Usted o su hijo han perdido recientemente el sentido del olfato o el gusto?

**SI NO** Incluso si actualmente no tiene ninguno de los síntomas anteriores, ¿usted o su hijo han experimentado alguno de estos síntomas en los últimos 14 días?

**SI NO** ¿Ha estado usted o su hijo en contacto con alguien que dio positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?

**SI NO** ¿Ha viajado usted o su hijo fuera de los Estados Unidos en avión o crucero en los últimos 14 días?

**SI NO** ¿Usted o su hijo han viajado dentro de los Estados Unidos en avión, autobús o tren en los últimos 14 días?

\*\*\* Póngase en contacto con nuestra oficina si experimenta alguno de los síntomas anteriores
dentro de los 14 días de esta cita hoy (903-723-6092). \*\*\*

Si responde SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, es posible que no se le programe o no pueda asistir a una cita en el consultorio.
Pediatric Associates está tomando todas las medidas para garantizar la seguridad de los empleados y pacientes. (se publican copias del protocolo de la oficina alrededor de la sala de espera para su distribución)

“Sin embargo, la oficina es un lugar de alojamiento público y, como resultado, podría estar expuesto al virus que causa COVID-19. Mi Firma reconoce que entiendo y acepto ese riesgo ".

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**FDN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_