

Temperatura: _____

1. ¿Tiene o ha tenido recientemente fiebre, tos, dificultad para respirar o cualquier otro síntoma relacionado con Covid-19?

Sí

No

2. ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que se sabe que tiene coronavirus (2019-nCoV o COVID-19 o enfermo de síntomas respiratorios)?

Sí

No

3. En los últimos 14 días, ¿ha viajado usted o un familiar a países como China, Irán, Europa, Corea del Sur y viajes domésticos a estados con un alto número de pacientes infectados (por ejemplo, Washington, California, Nueva York)?

Sí

No

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____