

UNIVERSITY OF MINNESOTA DENTAL CLINICS

የቢሮ አገልግሎት: 6ኛ 7ኛ 8ኛ 9ኛ ተራ መጠበቅያ GPerio 5-7999

የCOVID-19 የሙከራ ቅፅ

**የታካሚ ስም:**

**ቀን:**

ባለፉት 14 ቀናት ውስጥ የተፈጠሩ ከሚከተሉት አዳዲስ ምልክቶች አንዱ አለዎት:

- |                               |    |    |
|-------------------------------|----|----|
| ጣዕም ወይም ማሽተት ማጣት?             | አዎ | አይ |
| አዲስ ሳል?                       | አዎ | አይ |
| የትንፋሽ እጥረት?                   | አዎ | አይ |
| ማቅለሽለሽ፣ ማስታወክ ወይም ተቅማጥ?       | አዎ | አይ |
| ትኩሳት ወይም ሪፖርት የተደረገ ብርድ?      | አዎ | አይ |
| የ COVID-19 የምርመራ ውጤቱ ፖዘቲቭ ከሆነ | አዎ | አይ |

**የሰራተኛ ስም:**

**ወይም**

ባለፉት 3 ሳምንታት ውስጥ ፖዘቲቭ የምርመራ ውጤት ከነበረው ሰው ጋር ተጋላጭ ሆነዋል?

የቅርብ ጊዜ የኮቪድ ምርመራ ውጤትን እየጠበቁ ነው? አዎ አይ



ከላይ ላሉት ለማናቸውም አዎ ከሆነ፣ መጎብኘት አይፈቀድልዎትም።